

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**



***“REFLEXIONES CRITICAS SOBRE LA PSICOLOGIA  
Y EL ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD”***

**ANNELIZA TOBAR ESTRADA**

**Guatemala, noviembre de 2005**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

***“REFLEXIONES CRITICAS SOBRE LA PSICOLOGIA  
Y EL ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD”***

Informe final de investigación presentado al  
Honorable Consejo Directivo de la  
Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

ANNELIZA TOBAR ESTRADA

Previo a optar el título de

Psicóloga

En el grado académico de

Licenciatura

Guatemala, noviembre de 2005

PROLOGO..... 1

*CAPITULO 1*

INTRODUCCION..... 5

MARCO TEORICO.....8

**I. Percepción de la discapacidad a través de la historia.....8**

**II. Enfoques, concepciones y modelos de abordaje**

A. Los dos grandes enfoques en discapacidad.....10

a.1 El enfoque segregacionista.....11

a.2 El enfoque integracionista.....13

B. Modelos de abordaje

b.1 Modelo médico.....15

b.2 Modelo estadístico-psicológico.....15

b.3 Modelo conductual.....16

b.4 Modelo rehabilitador.....16

b.5 Modelo ecológico-social.....17

b.6 Modelo de la autonomía personal.....18

**III. La psicología como instrumento del poder**

A. Crítica a la psicología y su abordaje de la discapacidad.....19

B. Ideario y cultura profesional.....22

#### **IV. Hacia enfoques alternativos y prácticas liberadoras**

A. Rompiendo los viejos esquemas.....	26
a.1 Replanteamiento del concepto de discapacidad.....	27
a.2 Negación del poder profesional.....	29
a.3 Abandono de la concepción individualista.....	30
a.4 Replanteando la relación de ayuda.....	31

#### *CAPITULO 2*

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO.....	33
a. Técnicas de interpretación de información.....	34

#### *CAPITULO 3*

INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	40
a. Análisis de la categoría “conceptos”.....	40
b. Análisis de la categoría “práctica”.....	44
c. Análisis de la categoría ”poder”.....	47
d. Análisis de caso particular.....	49
e. Gráfica de hallazgos.....	53
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	60
RESUMEN.....	64
ANEXOS.....	65
a. Situación actual de la discapacidad en Guatemala	
b. Guía de entrevista y entrevistas trascritas	
BIBLIOGRAFIA.....	80

A través de la historia la psicología ha relacionado muchas de sus prácticas y fundamentos con principios de la medicina y la psiquiatría, por ejemplo los primeros estudios de Wilhelm Wundt (considerados por muchos como el padre de la psicología), se basaron en el estudio del sistema nervioso y de los procesos concientes, “*el modelo para los métodos de la nueva ciencia experimental serían los métodos de las ciencias fisiológicas bien establecidas*” (Hothersall, 1995; p.240). Con la influencia de conceptos de este tipo, podría haberse iniciado la generalización de los conceptos médicos a la disciplina psicológica y otras ciencias sociales. El predominio del enfoque médico-asistencial se evidencia en muchos de los modelos psicológicos más empleados, los cuales tienden a identificar o diagnosticar “deficiencias” las cuales adquieren una connotación de síntoma, considerándoseles por lo tanto, como desviaciones observables de la normalidad. Ante esta situación de “anormalidad” se considera necesario para alcanzar la salud o bienestar, el control de ciertas conductas y la implementación de medidas terapéuticas compensatorias, casi siempre de carácter individual. Se plantea la “normalidad” como parámetro de lo correcto o sano.

Esta influencia y la relación estrecha con la medicina y la psiquiatría, se evidencia desde la práctica y en concepciones que dictan, por ejemplo que “*son enfermedades mentales todas las conductas desviadas, diferentes y rebeldes a las normas*” (Gomezjara, 1982; p.155). Para identificarlas existen catálogos de los comportamientos patológicos que intentan abarcar la mayoría de conductas y la solución propuesta para tales patologías es la medicación o psiquiatrización. La labor de la psicología o psiquiatría es la de adecuar al sujeto a las exigencias sociales para así aminorar su conflicto. En las cátedras de psicología se siguen enseñando los test psicológicos para medir inteligencia como si fueran instrumentos básicos e indispensables en la práctica; esta situación se acompaña también por el énfasis en la enseñanza de diagnósticos, historias clínicas, tratamientos, etc., que a la larga evidencian la prevalencia de la instrumentalización médica en la práctica psicológica y en el abordaje de la diferencia<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En el “abordaje de la diferencia” que la psicología realiza también se ven afectados otros colectivos, además del de personas con discapacidad. Por ejemplo, la diversidad sexual obligatoriamente es investida como desviada y

Estas concepciones han condicionado en buena medida el abordaje que la psicología hace de la discapacidad, donde uno de los modelos vigentes más usados ha sido el enfoque clínico o médico biológico, el cual tiene como objetivo la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad. Para facilitar esta adaptación es necesario establecer medidas compensatorias que palien las deficiencias. Muchas veces los resultados del uso de este enfoque han sido prácticas médicas - asistenciales y tutelares que a la larga resultan segregadoras ya que clasifican al sujeto, buscan su “normalización” y su adaptación al medio. Esto se hace evidente a través de la práctica en instituciones donde se atienden deficiencias específicas, contribuyendo esto a la vigencia de los viejos enfoques sanitarios y asistenciales. Este énfasis en la conceptualización y el aspecto médico de la práctica resulta violento.

En nuestro país, la acción psicológica en el campo de la discapacidad ha puesto especial atención al diagnóstico, la clasificación de “patologías”, enfermedades o trastornos, apoyándose en los conocidos manuales diagnósticos o test psicológicos, de uso tan popular en el gremio psicológico. Esta práctica ha hecho a un lado el análisis bio-psico-social y el abordaje de esferas importantes en la integralidad de la persona con discapacidad, tales como su propia individualidad y subjetividad, la identidad del sujeto y del colectivo, aspectos políticos relacionadas con derechos humanos y participación activa, la aceptación y el apoyo familiar, el apoyo de reivindicaciones en cuanto a derecho a trabajo, accesibilidad, educación, recreación, etc.

Partiendo de los planteamientos anteriores, la investigación persigue la intención de abordar el fenómeno (entiéndase, las prácticas psicológicas hacia la discapacidad) desde una perspectiva crítica basada en los postulados del modelo social de concepción de la discapacidad. Los objetivos de esta investigación son: primero, describir e interpretar la influencia que el enfoque médico-asistencial ha tenido en la psicología y en el abordaje que esta realiza en el campo de la discapacidad; segundo, determinar cuál es la orientación teórico-práctica dominante en el abordaje que realizan en el campo de la discapacidad los profesionales

---

patológica, lo que la hace candidata a diagnóstico clínico, tratamiento y modificación conductual para adaptarla a la sociedad y “acercarla” a las prácticas sexuales consideradas normales y adecuadas.

También se consideró importante profundizar en el análisis del enfoque bio-psico-social el cual ha tenido auge y aceptación en otros países, así como en los principios de defectología y compensación propuestos por L.S. Vigotsky, la psicología de la liberación de Martín Baró al servicio de los sectores oprimidos, y el análisis de las relaciones de poder en el ámbito clínico planteado por Michel Foucault.

En el plano individual, la experiencia de la investigación fue fuente de aprendizaje y de crecimiento profesional. La realización de este trabajo significa un fuerte compromiso de la autora por continuar formándose y guiando la práctica bajo el enfoque integracionista y el modelo social de la discapacidad, ya que el trabajo realizado sirvió para reforzar la idea de que para fomentar la liberación e integración del colectivo de personas con discapacidad, estos enfoques son los más convenientes.

Agradezco particularmente a los profesionales entrevistados por el tiempo otorgado para la realización de las entrevistas, ya que la información y los comentarios proporcionados enriquecieron el contenido de la investigación.

## ***CAPITULO I***

---

## *Introducción*

Desde tiempos remotos la discapacidad era concebida como un castigo divino, una situación lamentable que se buscaba desaparecer u ocultar al conjunto social, en las primeras épocas eliminando físicamente al “deficiente”, y con el avance de los siglos, creando instituciones para su cuidado y asistencia. Cabe recordar que las condiciones de vida no eran las más adecuadas en estos centros: hacinamiento, diversidad de condiciones consideradas anormales, aislamiento social, etc. Con el avance en los estudios en medicina y pedagogía, las condiciones de vida de las personas con discapacidad fueron mejorando, ya más que brindar un cuidado se empiezan a formular metodologías de tratamiento, estimulación y enseñanza. Ya en el siglo XX se introducen los conceptos de rehabilitación e integración, se formulan convenios y tratados internacionales que promueven la equidad en el trato y el respeto de los derechos humanos de toda persona con discapacidad. En nuestros tiempos el discurso gira alrededor de la educación inclusiva, la participación activa de las personas con discapacidad en todas las esferas sociales y la erradicación de cualquier forma de discriminación<sup>2</sup>.

En cuanto a la incidencia y la acción de la psicología en el campo de la discapacidad, muchos de los modelos psicológicos más empleados tienden a identificar o diagnosticar “deficiencias” las cuales adquieren una connotación de síntoma, considerándoseles por lo tanto, como desviaciones observables de la normalidad. Ante esta situación de “anormalidad” se considera necesario para alcanzar la salud o bienestar, el control de ciertas conductas y la implementación de medidas terapéuticas compensatorias, casi siempre de carácter individual. Este paradigma de la rehabilitación centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. En este sentido se hace necesaria su rehabilitación mediante la intervención profesional que controla los procesos terapéuticos. Los resultados del proceso rehabilitador se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas por la persona.

---

<sup>2</sup> Es necesario reflexionar sobre el hecho de que los avances en el discurso y en las producciones teóricas no garantizan cambios ni avances en la calidad de vida y el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Estas concepciones han condicionado en buena medida el abordaje que la psicología hace de la discapacidad, donde uno de los modelos vigentes más usados ha sido el enfoque clínico o médico biológico, el cual tiene como objetivo la adaptación del individuo con discapacidad a las demandas y exigencias de la sociedad. Muchas veces los resultados del uso de este enfoque han sido prácticas médicas - asistenciales y tutelares que a la larga resultan segregadoras ya que clasifican al sujeto, buscan su “normalización” y su adaptación al medio. Esto se ha visto reflejado en la estigmatización social de la persona con discapacidad, con su consecuente exclusión de los procesos educativos, laborales-productivos y de participación ciudadana, a los cuales cualquier ciudadano tiene derecho de acceder. Esta colaboración con los sistemas de segregación de la diferencia se ha dado a través del uso de “instrumentos de medición de inteligencia o capacidades”, manuales o test, empleados en instituciones educativas, laborales, clínicas, etc.

Por la naturaleza cualitativa de esta investigación se decidió implementar la técnica de análisis de contenido, aplicada a entrevistas semi-estructuradas realizadas a psicólogos-as que laboran en instituciones que atienden a personas con discapacidad. Bajo la luz de dos enfoques, el médico y el social se realizó la lectura de los textos (entrevistas transcritas) y se fueron identificando indicadores semánticos representativos o propios de cada enfoque. Por indicador semántico entendemos aquellas unidades que transmiten un significado específico a través de palabras, sintagmas u oraciones. Estos indicadores semánticos se fueron agrupando en categorías dentro una matriz de análisis. Se establecieron tres categorías de análisis: conceptos (definiciones teóricas de la discapacidad, análisis o percepción de la misma), práctica (enfoques asumidos, métodos y técnicas usadas) y poder (limitaciones dadas por el sistema, medios de empoderamiento o participación comunitaria, etc.). Esta matriz fue la que sirvió para hacer el análisis de cada categoría y plantear las conclusiones de la investigación.

El proceso se realizó en los meses de julio y agosto de 2005 con aquellos profesionales que tuvieron la disposición de conceder la entrevista. La coordinación de horarios para concertar las entrevistas fue un pequeño inconveniente, de igual manera el temor de algunos de ellos a participar, ya que primero debía solicitarse un permiso a la institución y pasar otra serie de obstáculos institucionales que dificultaron que esas entrevistas se concertaran. La transcripción de

las entrevistas grabadas fue un proceso lento, pero después de eso el análisis se realizó con cierta facilidad.

Consideramos importante la realización de investigaciones de tipo crítico que indaguen sobre las concepciones y principios que fundamentan el quehacer científico y que continúan validando prácticas aún en la actualidad. Se espera que la riqueza de la información obtenida en el dialogo con los profesionales y la recopilación teórica sobre el tema, pueda ser usada posteriormente como documento de análisis e información crítica sobre el fenómeno estudiado (entiéndase, las acciones asistenciales que surgen de la práctica psicológica y que implican, en alguna medida, exclusión).

## **I. PERCEPCION DE LA DISCAPACIDAD A TRAVES DE LA HISTORIA**

Hacia 1800 la convivencia con personas que presentaran algún tipo de deficiencia mental, física o sensorial o que simplemente se caracterizaran por ser diferentes al resto, resultaba “nocivo” para el resto de la sociedad y eran consideradas peligrosas e improductivas para la sociedad; resulta entonces una institucionalización indiscriminada en asilos o casas de cuidado generalmente alejadas de los centros urbanos. Pinel llamó a esta época “la era de las instituciones” y su característica más importante es la marginación, el aislamiento, la segregación. La revolución francesa e industrial abren el debate sobre las condiciones de vida a las que estaban sometidas estas personas, se inicia entonces un proceso de clasificación y de atención muy tutelar, que se centraba en que “la negación de la utilidad de la atención educativa de los idiotas”. (Océano; 2000, p.850). En el siglo XIX las personas con discapacidad se convierten en sujetos de estudio y atención psico-médica-pedagógica.

En los finales del siglo XIX una corriente pedagógica intenta dar el salto desde la perspectiva médica vigente hacia una concepción más pedagógica de la atención a la discapacidad. El objetivo era entonces dar un tratamiento basándose en la intervención educativa. Son propulsores de esta corriente y creadores de métodos y técnicas para el abordaje, Ovidio Decroly y Marie Montessori. De esta forma se crearon las escuelas de educación especial donde acudían los niños con deficiencias. Estas escuelas estaban especializadas en tratar un tipo de déficit y los alumnos eran tratados como enfermos que había que curar, por lo que resultó una escuela en la que los niños se clasificaban según etiologías y no según las deficiencias que planteaban. Este período de influencia de la pedagogía donde no se abandonaba la concepción médica es denominado como “la pedagogía-médica del anormal” y trasciende los inicios del siglo XX hasta la Segunda Guerra Mundial, incluso hasta nuestros días.

Hacia los años 40 las concepciones asistenciales fueron desapareciendo como reconocimiento de la educabilidad de toda persona y el derecho de todo ciudadano a la educación. La Segunda Guerra Mundial pone en vigencia los conceptos de rehabilitación e integración.<sup>3</sup>

Los movimientos anti-sistémicos de los años sesenta, tocan también la esfera de la discapacidad y se inician movimientos de rechazo de las escuelas de educación especial segregadas. Iniciado por organizaciones de padres de familia, posteriormente es apoyado por profesionales y la opinión pública. La Asamblea de las Naciones Unidas reconoce a través la “Comunicación sobre la Igualdad de oportunidades de las personas con minusvalía” (1962), que las personas con retraso mental tienen los mismos derechos que los demás seres humanos. Se le da especial importancia a la protección contra cualquier forma de explotación y la necesidad de establecer procedimientos jurídicos que normen esta situación. En 1971 la ONU promulga la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y en 1975 la Declaración de los Derechos del Impedido, donde se resalta la igualdad de derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad. Manifiesta además los principios de igualdad de trato y acceso a los servicios. En los últimos tiempos se han realizado una serie de convenios y declaraciones, las cuales se plantearon estrategias de acción específicas con un compromiso implícito de los Estados miembros y participantes a plantear políticas educativas y sociales que promovieran el respeto, la dignificación y protección de las personas con discapacidad. Entre estos se mencionan: la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, de 1989; la Conferencia Mundial sobre la Educación para Todos: Satisfaciendo las Necesidades Básicas de Aprendizaje, de 1990; las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de 1993, la Declaración y Marco de Acción de Salamanca sobre Necesidades Educativas Especiales, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Personas con Discapacidad, en 1997.

---

<sup>3</sup> Nótese que esta es una reseña histórica de la evolución en la concepción y el abordaje de la discapacidad, muchos hechos históricos no son propios del caso de Guatemala.

Las tendencias en la actualidad se encaminan hacia la integración de los niños y adultos con discapacidad en el sistema educativo regular, así como la apertura de algunos espacios laborales<sup>4</sup>. A nivel de construcción de conocimientos, ha habido cambios significativos en cuanto al lenguaje técnico usado y el surgimiento de nuevas percepciones y conceptos, tales como necesidades educativas especiales, educación inclusiva, accesibilidad, vida independiente, etc.<sup>5</sup>

## **II. ENFOQUES CONCEPTUALES Y MODELOS DE ABORDAJE**

A través de la historia se delimitan fácilmente dos corrientes conceptuales acerca de la discapacidad y de estas se desprenden los modelos o formas en que se han abordado las diversas discapacidades. Es importante recordar que las condiciones de vida a las que ha estado sujeto el colectivo de personas con discapacidad, ha respondido en buena medida al entorno político y social de cada época. En este sentido, los modelos explicativos de la discapacidad han condicionado los modos de comprender la misma y han determinado las respuestas que las instituciones y la sociedad misma han dado. “El miedo, la superstición, el abandono y la ignorancia son factores que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y retrasado su desarrollo” (UNESCO; 1990).

### **a. Los dos grandes enfoques sobre discapacidad**

El desarrollo de las concepciones sobre las personas tiene relación con el desarrollo de los términos empleados para denominarlas. La terminología es el reflejo de los cambios en las concepciones, modos de enfocar, actitudes y entendimiento del problema. En la actualidad el campo de la discapacidad se haya poblado de terminología técnica a la que cada profesión involucrada (psicología, fisioterapia, educación especial, etc.) le da un significado diferente; por otra parte es un campo complejo por la diversidad de sujetos implicados, objetivos perseguidos, criterios utilizados y estrategias de intervención. Muchos de los términos empleados en la

---

<sup>4</sup> La situación de las personas con discapacidad en nuestro país se encuentra aún muy atrasada, los prejuicios sociales y el paradigma de la clasificación y “normalización” dominan los ambientes educativo y laboral. La verdadera integración todavía es muy lejana en Guatemala.

<sup>5</sup> El avance en la terminología y la adopción de enfoques con tendencias y principios sociales, no implica que realmente mejore la calidad de vida de las personas con discapacidad o que sus derechos sean respetados a cabalidad.

actualidad, son representativos de concepciones médicas, psicológicas, educativas o sociales “superadas” o inadecuadas para los tiempos actuales, y siguen utilizándose por un considerable número de profesionales. *“El apego a concepciones médicas obsoletas para las necesidades actuales, la falta de sentido crítico y la escasa actualización en los profesionales probablemente proviene de una formación deficiente y poco estructurada respecto al conocimiento de las personas con discapacidad (Verdugo, 2000)<sup>6</sup>”*.

A través de la historia dos grandes tendencias han marcado las concepciones, orientaciones teóricas y prácticas hacia la discapacidad; bajo de estas dos grandes corrientes los modelos de abordaje han surgido:

### **a.1. El enfoque segregacionista**

En un inicio nos referiremos a las creencias mágico-religiosas que llegaron a considerar la discapacidad como un don divino, un castigo o maldición. Como la modernidad y la racionalización bien lo han presentado todo aquello que no pueda ser explicado por la razón, todo aquello que sea diferente, es destruido o aislado si no encaja con los modelos establecidos. Después del renacimiento los asilos que habían estado a cargo de la caridad de la Iglesia, pasan ahora al control del Estado, quien funda hospitales con el objetivo de recluir y dar asistencia a las personas mental o físicamente “disminuidas”. La “era de las instituciones” como la llamo Garcia y Garcia, se regía bajo este enfoque, en ellas se recluía a toda aquella persona que escapaba de los estándares de la normalidad.

Para Michel Foucault, el simple ingreso a la institución médica supone una desnaturalización de la enfermedad, la cual podría *“seguir su curso natural y prudente, libre de intervención, sin artificio médico. El hospital, como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial. En efecto, ninguna enfermedad de*

---

<sup>6</sup> Esta afirmación de Verdugo se puede complementar señalando la influencia que tiene el discurso hegemónico, cristalizado a través de prácticas parcializadas orientadas hacia la asistencia médica. Innegable es la cantidad de profesionales que (inconcientemente o tal vez no) se asumen desde una posición superior a la del “paciente”, procurándose a través de su quehacer ganancias secundarias relacionadas con narcisismo y el hecho de poder saber y hacer sobre otros.

*hospital es pura.” (Foucault, 1999; 35). A su criterio, para romper el círculo vicioso de la “enfermedad de las enfermedades”, era necesario renunciar a la creencia de que el enfermo necesita un espacio distinto, diferenciado, destinado a proteger su enfermedad, lo que en última instancia terminaba preservándola. Esta reflexión es aplicable al caso de la discapacidad, ya que por ejemplo, desde el momento en que la persona ingresa a una institución, empieza a desarrollarse y a convivir en un ambiente artificial, donde todo está adaptado para su deficiencia, donde no hay mayor vinculación con el medio externo, y donde se interioriza “códigos específicos”<sup>7</sup> que repercutirán finalmente en la percepción de sí mismos y de la discapacidad como fenómeno.*

Son características de este enfoque:

- ❖ La marginación del conjunto social, a través de la reclusión total o parcial en centros de cuidado específico, por considerar que la persona no es capaz de relacionarse y desenvolverse en el contexto “normal”.
- ❖ Se consideran primordiales los procesos asistenciales o terapéuticos, donde la dependencia al otro (familia, escuela, terapeuta, etc.) incapacita y limita a la persona con discapacidad para determinarse y actuar con libertad. En alguna medida este tipo de condicionamiento podría influir en la percepción que la persona con discapacidad tiene de sí misma, al introyectar la imagen de sí misma como necesitada de cuidados y atenciones ajenas.
- ❖ Subestimación de las capacidades y derechos de las personas con discapacidad.
- ❖ Creciente institucionalización de las personas discapacitadas basada en la necesidad de protegerlas, ya que no están en capacidad de desarrollarse y desenvolverse en un colectivo y condiciones normales.

---

<sup>7</sup> En este sentido nos referimos al surgimiento de sentimientos de inseguridad, desamparo y necesidad de la asistencia y apoyo de la institución, a la aceptación irreflexa de la filosofía y métodos de abordaje institucionales, situaciones que provocan relaciones de dependencia y desvalorización personal, entre otros.

Podría creerse que este enfoque estaría en desuso por lo retrógrada de sus fundamentos, pero lamentablemente continua vigente en pleno siglo XXI en nuestro país. En las instituciones que atienden discapacidad en Guatemala hay una fuerte tendencia hacia el trabajo individual, en el sentido de que su intervención con la persona se limita a la estimulación, educación o rehabilitación; y en el trabajo con la familia, se reduce también a cierta consejería sobre la atención y cuidados del miembro que posee la discapacidad. Como consecuencia, hay poco (o ningún) trabajo sobre integración y exigencia de los derechos, de tal cuenta que la proyección hacia fuera se da pocas veces y cuando se hace adopta la forma de acciones que buscan la conmiseración de la población.

En resumidas cuentas lo que debiera ser un proceso de educación, acompañamiento, rehabilitación y reivindicación de derechos, se convierte en un proceso que facilita la segregación y promueve el estancamiento del desarrollo de las capacidades y aptitudes intactas en la persona con discapacidad.

## **a.2. El enfoque integracionista**

En la década de 1950, comienzan a surgir servicios de ayuda individualizada para personas discapacitada, basados en la comunidad y creados o dirigidos, en su mayoría por los padres de los niños discapacitados (Arce; 1996 p.25) En 1959 la legislación danesa incorporó el principio de normalización, Bank-Mikkelsen definió la normalización como la posibilidad de que el individuo discapacitado desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible. En 1978 afirma que “normalizar no significa convertir lo excepcional en normal, sino que consiste en ofrecerle condiciones de vida idénticas a las que reciben las demás personas” (OCÉANO; 2000, p. 854). El principio de Educación para Todos, adoptado por la UNESCO en 1990, establece el derecho a una educación adaptada a las necesidades de cada niño, independientemente de la magnitud de su deficiencia o necesidad particular.

Son características de este enfoque:

- ❖ La necesidad de brindar educación a las personas con discapacidad, de tal cuenta que puedan desarrollar aquellas habilidades para poder integrarse a la sociedad.
- ❖ Referencia a conceptos como desinstitucionalización, ambiente menos restrictivo, integración, enfoque comunitario, inclusión, etc.
- ❖ La terminología es más positiva y los enfoques podrían catalogarse como “más humanos” y sociales.

Sería muy pesimista considerar que en las instituciones no se ha adoptado en alguna medida terminología más positiva o se hayan implementado acciones que buscan la integración. Para juzgar el poco auge del enfoque integracionista en nuestro país, habría que tomar en cuenta factores como:

1. El dominio de los enfoques segregacionistas y de los modelos médicos, cristalizados en prácticas y discursos influyentes.
2. El acomodamiento a la práctica tradicional y la falta de voluntad política de algunas instituciones para participar más activamente en la reivindicación de las personas a quienes atienden.
3. Una defectuosa formación de recursos humanos que atienden discapacidad, sobre todo en los aspectos históricos, éticos y políticos.<sup>8</sup>
4. La negligencia e invisibilización del problema por parte de las autoridades.

---

<sup>8</sup> Para Baró es innegable la presencia del factor político aún en el mismo trabajo de la psicología, donde comúnmente se cree que no tiene nada que ver. En el trabajo social de acompañamiento a cualquier colectivo que se haya visto sometido a la exclusión del sistema, es innegable la necesidad de formación política de los profesionales que asisten el proceso.

## **b. Modelos de abordaje**

### **b.1 El modelo médico:**

Su surgimiento se da durante las primeras décadas del siglo XX, aunque continúa siendo un modelo bastante usado en el abordaje de la discapacidad. Se caracteriza por la determinación de patología según la presencia o ausencia de síntomas observables, le interesa la etiología y la predicción del diagnóstico. Define que la raíz de cualquier alteración o desviación se centra en la persona dejando de lado el análisis del medio social del sujeto. Diagnóstica en base a las manifestaciones neurológicas y biológicas. El objetivo final después del diagnóstico es el funcionamiento en comunidades protegidas o asilos donde se separa a los sujetos de acuerdo a su “problemática”.

De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF) las consecuencias de la discapacidad han sido interpretadas y clasificadas bajo el modelo de enfermedad tradicionalmente usado en las ciencias de la salud (CIF,2001). Bajo este modelo el déficit o discapacidad adquiere connotaciones de síntoma.

En su momento, Vigotsky criticó también el excesivo énfasis en lo médico y biológico en las situaciones de discapacidad, al respecto escribió: *“La ceguera y la sordera se entendieron desde un punto de vista orgánico específico y la pedagogía realizó un trabajo con estos niños dirigido también a su compensación biológica. Con otras palabras, la cuestión de los defectos siempre se ha planteado desde el punto de vista físico. De aquí resulta toda nuestra pedagogía especial: pedagogía terapéutica o medicinal. Este tipo de pedagogía brinda una educación que se orienta desde el inicio hacia la invalidez”*<sup>9</sup> (Vigotsky, 1998; p.43).

### **b.2.El modelo estadístico o psicológico:**

Tuvo auge durante los años sesenta y se centraba en la determinación de anormalidad dependiendo del alejamiento que se tuviera de la norma o el promedio de una población en un atributo particular; en otras palabras, que tan significativamente abajo estaba el sujeto de la

---

<sup>9</sup> En los escritos de Vigotsky se hace referencia constantemente a la pedagogía especial o social, sin que esto implique que sus propuestas y planteamientos sean solamente educativos. A través de los textos, siempre relaciona estas disciplinas con la psicología. En nuestro medio sus propuestas podrían catalogarse como psicopedagógicas, no entendidas en el sentido tradicionalmente usado, sino con la diferencia de su tendencia revolucionaria y contenido político.

media. La evaluación se basa en la observación de aptitudes académicas y la realización de tareas específicas, tanto sociales como académicas. El objetivo es el desarrollo de aptitudes escolares y la integración al aula “normal”. Este énfasis en la medición y la separación de lo “enfermo” y lo sano, lo normal y patológico, no es propio de estos años. Este fenómeno tiene relación con la supremacía que la medicina tuvo en ciertas épocas y que termino por incidir la orientación y fundamentos de muchas de las ciencias sociales. A partir del siglo XIX, la normalidad se convierte en punto de referencia para explicar cualquier enfermedad. Según Foucault, a partir de esta época *“cuando se hable de la vida de los grupos y de las sociedades, o incluso de la vida psicológica, no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico”* (Foucault, 1999; p.62). Entonces la diferenciación se hace necesaria y se establecen criterios de lo que será considerado adecuado y sano.

### **b.3. El modelo conductual:**

Años setenta y ochenta. Define el déficit mental como un déficit de conducta condicionado por diferentes causas. Su objetivo es la modificación de conducta retrasada a la norma, así como el re-aprendizaje de repertorios conductuales. Como determinantes de la conducta retrasada plantean la alteración orgánica, las interacciones con el ambiente social a lo largo de la vida del sujeto, el reforzamiento estimulante o depravado que haya recibido.

### **b.4. El modelo rehabilitador**

El paradigma de la rehabilitación al igual que el modelo médico<sup>10</sup>, centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. En este sentido se hace necesaria su rehabilitación (física, sensorial o psíquica) mediante la intervención profesional que controla los procesos terapéuticos. Los resultados del proceso rehabilitador se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas por la persona. Algunos autores ubican históricamente su surgimiento, después de la segunda guerra mundial, como respuesta a la necesidad de tratamiento y reinserción de los soldados sobrevivientes. En cierto sentido, este paradigma supera los enfoques segregacionistas, pero aún mantiene el peso omnipotente del profesional como

---

<sup>10</sup> El modelo médico y el paradigma de la rehabilitación son muy parecidos en cuanto a principios que los sustentan, difieren en su época de surgimiento pero ambos se complementan, se fusionan y se encuentran vigentes hoy en día en la práctica de muchos profesionales.

conductor de la rehabilitación delegando a la persona con discapacidad a un rol pasivo de paciente o cliente<sup>11</sup>.

#### **b.5. El modelo ecológico o social**

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica, desde la interacción persona-ambiente. En 1997, la OMS define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. Esta nueva concepción implica una visión transformada de lo que son las posibilidades de vida de las personas con discapacidades, enfatizando la autonomía, la integración, y la igualdad en las capacidades. Remarca el apoyo en la prestación de servicios a las personas con discapacidades; este apoyo se centrará en el empleo y la educación integrada. *“La concepción incluye un desplazamiento hacia una aproximación no categórica de la discapacidad, que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta sus diagnósticos clínicos”* (Verdugo; 1999, p.80-81)... Dentro de este modelo, las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad sólo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales.

Las propuestas de Vigotsky tienen cabida dentro de este modelo, su tendencia social es recalcada constantemente en sus escritos, *“El problema de la deficiencia infantil en la psicología y en la pedagogía hay que plantearlo y comprenderlo como un problema social, porque su momento social no ha sido detectado anteriormente, en realidad resulta ser primario, principal. Es necesario considerar este problema como un problema social”* (1998; p.54).

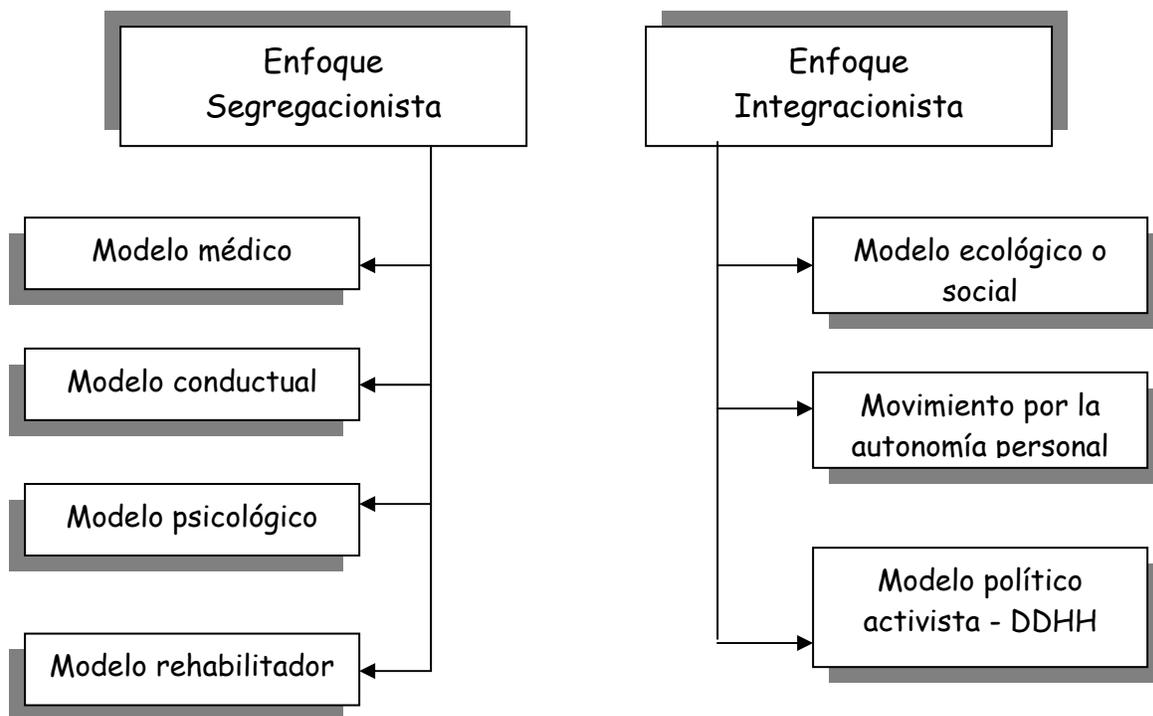
---

<sup>11</sup> Es de notar que el cliente tiene potestad para decidir lo que quiere recibir, ya que es el beneficiado e interesado por el servicio que recibe. En el caso de este enfoque la percepción de la persona con discapacidad como cliente, le limita estos derechos de determinación ya que el rol asignado es siempre pasivo, de espera.

### b.6. El modelo<sup>12</sup> de la autonomía personal o “independent living”

Surge a principios de los años setenta en estados Unidos, producto de la defensa de derechos y reivindicación de los soldados sobrevivientes de la guerra en Vietnam. Sus consignas son la rehabilitación fuera de las instituciones, el derecho de las propias personas a plantear los modos en que desean ser atendidos o rehabilitados así como a demandar servicios profesionales cuando lo consideren pertinente. Promueve los derechos de igualdad, respeto y autodeterminación, así como la organización colectiva y el entrenamiento para la independencia. La asunción de este enfoque demanda cambios en las mismas personas con discapacidad, sobre la forma en que se conciben y asumen su discapacidad.

Gráfica 1. Enfoques y modelos de abordaje en discapacidad



<sup>12</sup> Se hace necesario aclarar las diferencias conceptuales entre enfoque, modelo y paradigma. Al hablar de enfoque nos referimos a un conjunto de concepciones, creencias y fundamentos que le dan direccionalidad e intencionalidad a la acción; se refiere a una manera particular de percibir o “enfocarse” en un fenómeno. El término modelo hace referencia a un conjunto de métodos, técnicas y acciones específicas; todo modelo se fundamenta y es concebido a la luz de un enfoque particular.

### **III. LA PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTO DEL PODER**

#### ***a. Crítica a la psicología y su abordaje de la discapacidad***

A través del tiempo, se han documentado las múltiples y lamentables formas en que la psicología ha conceptualizado y abordado distintos fenómenos, entre estos, la discapacidad o la enfermedad mental. Lastimosamente la disciplina ha respondido (la mayoría de veces) a los intereses hegemónicos del sistema y se ha constituido a través de sus enfoques, postulados y prácticas, en un instrumento que norma, categoriza y modifica la conducta humana. El tristemente célebre asilo de Bicetre en París, las esterilizaciones masivas de aquellas personas consideradas “defectuosas”, el uso de métodos “psicológicos” como medio de control de los inmigrantes europeos en Estados Unidos, la aplicación masiva de pruebas para determinar las aptitudes de la gente y separar a los aptos de los que no lo eran, son solo ejemplos de la corrupción de la práctica de la psicología a través del tiempo.

En nuestro medio son contados los espacios de reflexión sobre los enfoques que han sustentado la práctica psicológica contemporánea. Ciertas y contadas corrientes europeas y latinoamericanas, se han dado a la tarea de analizar críticamente y debatir sobre las bases teóricas que han sustentado a la disciplina. Con los movimientos contestatarios al sistema de los años sesenta y setenta, surge en Inglaterra el término “antipsiquiatría”, acuñado por el terapeuta David Cooper y que remite a un movimiento reflexivamente crítico sobre el quehacer no solo de la psiquiatría, sino de otras ciencias sociales, incluida la psicología.<sup>13</sup> Cooper considera que las ciencias de la salud han sido empleadas como aparatos de control social, a través de la propuesta de paradigmas de intervención y conceptualización dominantes o que intentan universalizarse. El movimiento de antipsiquiatría parte de una posición socio-existencial realizando críticas desde el

---

<sup>13</sup> Podría pensarse que ningún sentido tendría relacionar y explicar en este trabajo una experiencia como la antipsiquiatría, ya que nuestro objetivo gira alrededor de la discapacidad, pero en sus principios encontramos valiosas reflexiones críticas sobre las prácticas con fuerte tendencia médica y controladora, mismas que la psicología ha sostenido en los últimos tiempos. En este sentido, tomaremos algunas de sus reflexiones y las aplicaremos al caso de la psicología y el abordaje de la discapacidad.

análisis sociológico de las situaciones. Desde sus principios, manifiesta una franca oposición a la manera en que la salud mental ha sido concebida, **desde** y **en** servicio a los valores del sistema. Considera que estas disciplinas han sido usadas para favorecer la hegemonía y el status quo, a través de la generación de conocimientos y la utilización de métodos idóneos para estos fines: *“La contemporaneidad occidental hija de la revolución burguesa del siglo XVIII, cambió las relaciones entre explotadores y explotados, o si se prefiere entre poder y súbditos, ahora ciudadanos. Pasando de centrar el peso de la dominación social desde el control físico de los cuerpos- con los castigos torturantes medievales y las ejecuciones públicas ejemplarizantes como representación máxima- al intento de control de las mentes con la educación universal y obligatoria, la pedagogía, la psiquiatría, el trabajo social, la psicología, la criminología... , en tanto que substitutivos más sofisticados de la más burda y por ello más inefectiva religión que era la que jugaba ese papel en la llamada edad media. Lo que antes era pecado ahora será enfermedad mental, antisociabilidad, fracaso escolar, incapacidad, etc. “. (Alfons, 2001, en red)*

El movimiento de antipsiquiatría parte de una posición socio-existencial realizando críticas desde el análisis sociológico de las situaciones. Desde sus principios, manifiesta una franca oposición a la manera en que la salud mental ha sido concebida, **desde** y **en** servicio a los valores del sistema. Considera que estas disciplinas han sido usadas para favorecer la hegemonía y el status quo, a través de la generación de conocimientos y la utilización de métodos idóneos para estos fines: *“La contemporaneidad occidental hija de la revolución burguesa del siglo XVIII, cambió las relaciones entre explotadores y explotados, o si se prefiere entre poder y súbditos, ahora ciudadanos. Pasando de centrar el peso de la dominación social desde el control físico de los cuerpos- con los castigos torturantes medievales y las ejecuciones públicas ejemplarizantes como representación máxima- al intento de control de las mentes con la educación universal y obligatoria, la pedagogía, la psiquiatría, el trabajo social, la psicología, la criminología... , en tanto que substitutivos más sofisticados de la más burda y por ello más inefectiva religión que era la que jugaba ese papel en la llamada edad media. Lo que antes era pecado ahora será enfermedad mental, antisociabilidad, fracaso escolar, incapacidad, etc. “. (Alfons, 2001, en red)*

En cuanto al papel que las ciencias sociales han desempeñado, ejecutando acciones estratégicas que han favorecido al sistema dominante menciona y crítica:

\* Generación de conocimientos y argumentos que crean ideología favorable al sistema.

\* Universalización de los conocimientos

\* Negar racionalidad a cualquier otra forma de ver la realidad, la cual sea diferente a la dictada por las instituciones dominantes. El hecho de que estos enfoques resten racionalidad o bien que nieguen lo distinto, se interpreta como una violencia directa aunque no evidente, hacia la diferencia; de tal cuenta, que lo que no “encaja” en los esquemas de belleza, eficiencia, productividad o inteligencia que el sistema impone, es considerado enfermo, anormal, deficiente o antisocial. En este sentido, el sujeto es considerado un claro candidato para ser sometido a los tratamientos médico-psicológicos o terapéuticos más apropiados para su condición “disfuncional”.

\* Difusión de manuales diagnósticos y clasificatorios de “patologías” mentales o comportamentales.

\* Excesiva medicalización de las técnicas y conceptos, abandonando la utilización de recursos y técnicas más colectivas. Específicamente en el abordaje de la discapacidad, esta excesiva medicalización se ha visto reflejada en el énfasis e importancia dada a la formulación de anamnesis e historias clínicas, así como a la determinación de etiologías. Pareciera ser que sin estos procesos “médicos” los profesionales no pueden iniciar ninguna intervención. En este sentido, el diagnóstico es usado como herramienta para determinar la deficiencia, para separar lo normal de lo que “no lo es” (Alfons, 2001, en red). Esta tendencia (la excesiva medicalización) acompaña inexorablemente a la persona durante su desarrollo, haciéndolo sujeto de tratamientos, terapias, métodos de estimulación, etc. Todos ellos con su correspondiente fundamentación o base clínica.

Según Foucault, las ciencias del hombre tienen en su estructura originaria, una reflexión sobre el hombre enfermo y no sobre la vida en general, *“una reflexión presa en un problema de división, más que un trabajo de unificación para el emparejamiento de lo positivo y de lo negativo. De aquí el carácter singular de las ciencias del hombre, que no pueden desligarse de la negatividad en la cual aparecieron, pero vinculadas también a la positividad que sitúan, implícitamente como norma”* (1999;p.62).

En cuanto a una crítica más directa de la psicología, hemos encontrado las propuestas hechas por la corriente denominada “contrapsicología”, iniciada en Barcelona a mediados de 1995 por un colectivo de terapeutas (“Esquicie”). En su tesis hacen un llamado de atención a l@s psicolog@s sobre mantener una constante oposición a la perversión de la práctica psicológica, la cual consideran ha sido corrompida y convertida en negocio, usada como mecanismo de control social, estrategia de modificación conductual y castigo, herramienta para fomentar la explotación y productividad y como medio para realizar diagnóstico estigmatizantes.

Específicamente en el abordaje de la discapacidad, esta corrupción del servicio psicológico se ha visto reflejada en la estigmatización social de la persona con discapacidad, con su consecuente exclusión de los procesos educativos, laborales-productivos y de participación ciudadana, a los cuales cualquier ciudadano tiene derecho de acceder. Esta colaboración con los sistemas de segregación de la diferencia se ha dado a través del uso de “instrumentos de medición de inteligencia o capacidades”, manuales o test, empleados en instituciones educativas y laborales, clínicas, etc. El diagnóstico es usado como herramienta para determinar la deficiencia, para separar lo normal de lo que “no lo es” (Alfons, 2001, en red).

### ***b. Ideario y cultura profesional en el campo de la discapacidad***

Sin duda alguna toda acción parte de un molde ideológico que le confiere intención y direccionalidad. *“Este influjo de la psicología desde los intereses de los grupos dominantes, ha conducido a un servicio social muy parcial y parcializado. La atención clínica rara vez ha desbordado las demandas de los sectores pudientes, la orientación escolar solo de manera excepcional ha mirado al proceso formativo desde las necesidades de las mayorías, la consejería familiar o personal casi nunca ha puesto en cuestión las exigencias del sistema social establecido y hasta la psicología comunitaria se ha contentado, la más de las veces, con estimular alguna forma de asistencialismo hacia los grupos sociales considerados como víctimas de su destino fatal”* (Baró, 1989).

Son muchas las teorías sociales y muchos los teóricos al servicio del sistema explotador y opresor dominante<sup>14</sup>. *“Muchas son las teorías que justifican las guerras, la explotación, la opresión, la dependencia, la manipulación y el castigo, los etnocidios, la estigmatización y segregación. En la medida en que la investigación y la intervención se hagan dentro del sistema de instituciones correspondientes y en la medida en que estos aparatos ideológicos respondan a las necesidades y tareas de la clase dominante, la investigación social se hallará determinada por la ideología de esta clase”*. (Bartra, 1994)

De tal cuenta que nuestras intervenciones profesionales responden a instituciones e intereses específicos y, se basan en la formación recibida, la escala de valores, y en la concepción de sujeto que tengamos. ¿Pero que valores del sistema social influyen y condicionan el abordaje de la discapacidad? Revisemos donde se origina la escala de valores (que fundamenta la práctica) de muchos profesionales:

Primero: La identidad y la cultura con su conjunto de símbolos y significados, se construyen a partir del lugar ocupado en la clase y el contexto social. Muchos profesionales de la psicología provienen de las clases media y alta de la sociedad, donde prevalece un ideario individualista. Este ideario, como conjunto de ideas y valores sostiene la búsqueda de la libertad individual, la utilidad y productividad, el culto y gusto por la belleza, la competitividad como clave del éxito, la dignidad personal y la capacidad del hombre para forjar la propia vida. *“En la ciencia, este ideario individualista transmite un modelo psicológico de individuo como natural, universal y extensible a cualquier clase social o contexto histórico-cultural”* (Universidad de Chile, en red, 2001). Por otra parte, las representaciones sociales<sup>15</sup> que él y la psicóloga poseen como personas individuales, se verán reflejadas en su concepción de sujeto y en su práctica profesional. Inevitablemente y de alguna forma las representaciones sociales de éxito, normalidad, belleza,

---

<sup>14</sup> Puede que algunos de los enfoques empleados en psicología no se evidencien de manera abierta como “al servicio del sistema opresor”, pero en la práctica sus acciones contribuyen de alguna manera a la dependencia al tratamiento y servicio asistencial, así como a la marginación de la persona del sistema y “el mundo de lo normal”; de esta cuenta que pueda considerárseles como medios de control y obstáculos para la liberación personal.

<sup>15</sup> Moscovici define las representaciones sociales como producciones mentales colectivas que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad. Al mismo tiempo, estas representaciones colectivas, conforman la matriz a partir de la cual las personas producen sus representaciones individuales.

salud, sexismo y otros, conforman esquemas mentales sobre los que algunos profesionales erigen su práctica.

Segundo: Los sistemas teóricos al igual que los sistemas sociales, son construcciones históricas las cuales se mantiene y se fortalecen a través de los años. El bagaje teórico de la psicología y los contenidos curriculares de la formación (desde sus inicios y hasta la actualidad) se hayan fuertemente influenciados y relacionados con la medicina y la psiquiatría. Desde el momento en que el psicólogo asume como válidos en su profesión estos valores o principios ideologiza y parcializa su práctica hacia fines específicos. A partir de la asunción de este ideario se da una ruptura entre el profesional y la población objetivo, la cual cuenta con necesidades y características particulares que no son tomadas en cuenta para la intervención. De esta manera, la psicóloga y el psicólogo “pretenderá” fortalecer la autoestima y el “yo” en una persona con discapacidad física asumiendo que seguramente por su discapacidad lo necesita, al niño sordo se le clasificará como “violento y obstinado” por simple hecho de sordo y a la familia de la persona con discapacidad mental se le capacitará para atender y tratar con “el niño o la niña” de la familia, aunque ya sea un adulto.

Sintetizando, la concepción que el psicólogo tenga sobre la discapacidad en si y las formas de abordarla dependerá de dos factores: la posición y el contexto social (escala de valores introyectada, cultura) de donde proviene la y el psicólogo, y el tipo de formación recibida (cultura profesional asimilada, orientación teórica, enfoques y modos de abordaje, etc.).

Veamos a continuación, algunas de las características de la psicología oficial propuestas por Francisco Gomezjara (1989). Como aporte de este trabajo se agregan las implicaciones del uso de los enfoques de la psicología oficial en el abordaje de la discapacidad:

**Gráfica 2. Repercusiones en el abordaje de la discapacidad por el predominio de la teoría y practica oficial**

<b>TEORIA Y PRAXIS OFICIAL</b> (Influencia médica)	<b>REPERCUSIONES EN EL</b> <b>CONCEPTO Y ABORDAJE DE LA</b> <b>DISCAPACIDAD</b>
❖ El especialista diagnostica, decide e impone su criterio al sujeto, calificándolo de antemano de paciente. La relación es vertical entre el que sabe y “el que sufre”.	El terapeuta o el equipo de profesionales deciden el curso del tratamiento o rehabilitación y lo comunican.
❖ La práctica se encuadra dentro de visiones teóricas únicas, se reproducen conocimientos de manera acrítica.	La vigencia de métodos y técnicas obsoletas favorecen la dependencia-asistencia dificultando la inclusión y liberación. La discapacidad es incluida en el campo de acción clínico.
❖ La orientación principal es hacia tareas curativas, sometiendo al paciente a un control total	Las técnicas de rehabilitación-habilitación giran alrededor de la deficiencia. Se ignora el abordaje de aspectos sociales del fenómeno.

TEORIA Y PRAXIS OFICIAL (Influencia médica)	REPERCUSIONES EN EL CONCEPTO Y ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD
❖ Son enfermedades mentales todas las conductas desviadas, anómicas, diferentes, rebeldes a las normas.	La deficiencia es definida como anormalidad problema social, implica dificultad para adaptarse a las instituciones y normas sociales.
❖ La tarea de la psicología estriba en adecuar al sujeto a las exigencias sociales, desresponsabilizando al sistema social de ser el causante del	Las tareas terapéuticas van dirigidas a normalizar la vida del sujeto, de manera que desarrolle aquellas habilidades para pueda integrarse a la sociedad. No se influye para que haya cambios a nivel social.

#### **IV. HACIA ENFOQUES ALTERNATIVOS Y PRÁCTICAS LIBERADORAS**

Después de intentar argumentar de qué manera las prácticas de la psicología hacia la discapacidad se han venido realizando, las cuales no responden efectivamente a las necesidades del colectivo, consideramos importante reflexionar sobre el tipo de actitud que se requiere del psicólogo para atender de manera más integral el caso de la discapacidad. Martín Baró intenta explicar cuál sería el reto más importante de la psicología latinoamericana: *“el reto lo constituye más bien orientar su potencial influjo social a atender de manera prioritaria o preferencial los intereses de los grupos dominados, los problemas de las mayorías populares, las esperanzas y sueños de estos vastos sectores de la población latinoamericana que siguen debatiéndose con las exigencias prosaicas de la satisfacción a sus necesidades materiales más básicas. La relevancia social se cifrará en atender a quienes han quedado marginados del progreso social y del bienestar superior que históricamente ha ofrecido la psicología”* (1989).

### **a. Rompiendo los viejos esquemas**

Consideramos que para iniciar un cambio positivo en el tipo de percepción y abordaje de la discapacidad es necesario abandonar o replantear ciertos paradigmas: Primero, replantear la concepción vigente de discapacidad entendida como la dificultad de realizar una actividad por causa de una deficiencia existente. Segundo, abandonar la asunción del poder por parte del profesional, en aras del respeto a la determinación y dignidad de la persona que solicita acompañamiento. Tercero, abandonar la concepción individualista de “tratamiento” como panacea para la rehabilitación o habilitación e inclusión social<sup>16</sup>. Cuarto, replantear la relación de ayuda y las intervenciones “terapéuticas” psicológicas hacia la discapacidad. Intentaremos explicar cada una de estas propuestas:

#### **a.1.Replanteamiento de la concepción de discapacidad**

La OMS (hasta finales de los noventa)<sup>17</sup> definía la discapacidad como “la ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad en la forma considerada normal para un ser humano”, de tal cuenta que lo normal es tomado como medida de la eficiencia y todo aquello que no pueda realizarse dentro de los estándares “normales” es considerado deficiente. La superación de estos principios constituye el primer paso en la búsqueda de un nuevo concepto y significado de la discapacidad. Enrique Álvarez Alcántara lo expresa en estos términos *“la discapacidad más que ser un estado permanente imputable exclusivamente al individuo, es el resultado de todo un proceso de construcción sociocultural y psicológico, de tal cuenta que se construye durante el curso de la vida de las personas. En virtud de lo anterior, podemos decir que la discapacidad, más que ser consecuencia directa de la presencia de algún síndrome, deriva de la circunstancia de observarse una limitación en su posición social impuesta al niño por las instituciones sociales”*. Desde esta perspectiva se transforma entonces el énfasis en el sujeto como

---

<sup>16</sup> Es necesario diferenciar los conceptos de rehabilitación y habilitación los cuales están relacionados con la forma por la cual la persona adquirió la discapacidad. El primero se refiere al proceso de recuperar o restaurar una función que existía antes de la discapacidad, mientras que el segundo implica la adquisición de capacidades o la habilitación de funciones que no existían previamente.

<sup>17</sup> En los contenidos curriculares relacionados con discapacidad (al menos en la escuela de psicología de la USAC), todavía hoy se maneja esta concepción sostenida por la OMS hasta finales de los noventa. La actualización de los contenidos parece ser lenta.

“discapacitado”, para centrar la atención en el medio social como “incapacitante” y obstáculo en el desarrollo de las personas con algún tipo de diferencia.

Desde la perspectiva de la autonomía personal también se considera que el núcleo del problema ya no reside en el individuo sino en el entorno. Frente a la concepción psicológica y médica rehabilitadora que se centra en el sujeto para mejorar sus deficiencias, *“el movimiento de vida independiente ha generado perspectivas sociológicas desde dentro de la discapacidad, proponiendo una teoría social de la misma”* (Verdugo, 2000). Oliver (1990) citado por Verdugo plantea como alternativa centrarse en las causas y dimensiones sociales de la discapacidad, *“una teoría social de la discapacidad debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con discapacidad y sus intentos van dirigidos, no solo para redefinir la discapacidad sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas”*.

Según Robert Schalock (Verdugo, 1999), este cambio en la percepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones:

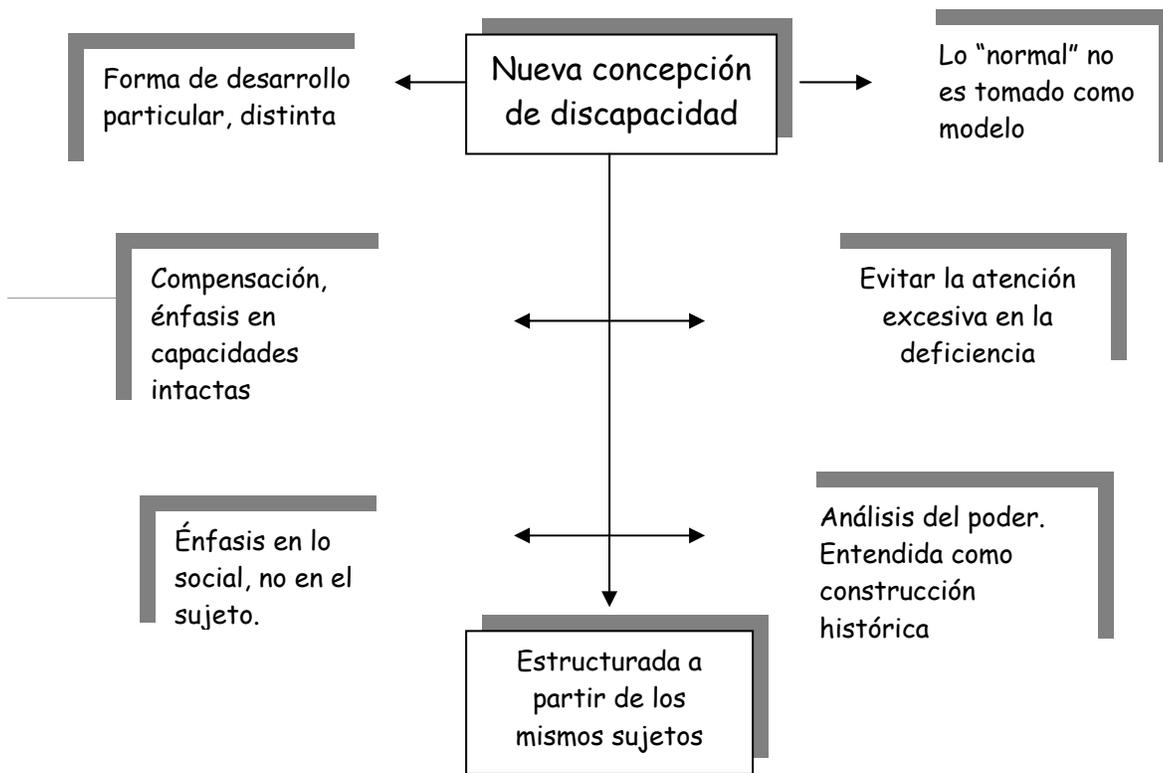
- La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada, es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.
- Una forma de reducir las limitaciones y por tanto la discapacidad consiste en intervenir o proveer servicios para la adaptación.

En sus apuntes sobre defectología, Vigotsky reflexionaba también sobre un cambio en la concepción tradicional de la discapacidad: *“Qué perspectivas tiene ante sí el psicólogo cuando conoce que el defecto no es solo deficiencia y debilidad, sino también la fuente de la fuerza y las capacidades y que en el defecto hay algún sentido positivo. En esta verdad psicológica se encuentra el alfa y omega de la educación social de los niños con defecto”*(1998;p.31) . Según este planteamiento, el cambio en la concepción de la discapacidad iría dirigido hacia evitar el énfasis en la deficiencia y centrar la atención en las capacidades intactas: *“Solo indicaré que aquí*

sigue siendo un principio único el vencimiento o la compensación de los defectos correspondiente y que la pedagogía tiene que orientarse no tanto hacia la deficiencia y la enfermedad, como hacia la norma y la salud que se conserva en el niño” (Vigotsky, 1998;p.52).

En la gráfica 3 intentamos integrar los elementos que según varios autores debieran de tomarse en cuenta para repensar o “reconstruir” la concepción de discapacidad:

**Gráfica 3. Para una nueva concepción de la discapacidad....**



### **a.2.Negación del poder profesional**

Partiendo del planteamiento de Foucault sobre la asunción del poder por parte del profesional, el que se asume conocedor de la verdad y la técnica, es necesario que los psicólogos replanteen la relación de ayuda que se ha sostenido alrededor de la atención de la discapacidad. Los diagnósticos se han hecho, se ha clasificado y los tratamientos han sido dictados, pero las necesidades del colectivo han sido ignoradas y no han sido tomadas en cuenta para el

planteamiento de las supuestas estrategias de intervención. Siguiendo la lógica de los enfoques médicos-asistenciales, el papel que ha sido determinado para el “paciente” es el de espectador pasivo, sujeto necesitado de cuidados, atención y tratamientos correctivos. En contestación a este “tendencia perceptiva” sobre del paciente, el movimiento de vida independiente exige el respeto y la autodeterminación de la persona, como primer interesado y afectado. Adolf Ratzka del Instituto de vida independiente de Suecia, manifiesta *“Vida independiente no significa que no necesitemos a nadie o que queramos vivir aislados, pero necesitamos estar a cargo de nuestras propias vidas, pensar y hablar por nosotros mismos”*.

Considerando que al deshacerse de los “grilletes teóricos” que coartan el verdadero trabajo liberador, a la disciplina le correspondería propiciar el conocimiento de la configuración particular de los diferentes grupos de personas con discapacidad, con el objetivo de acercarse a los significados, vivencias y percepciones propias de cada grupo.

### **a.3. Abandono de la concepción individualista**

En este aspecto nos referimos a superar el abordaje tradicional centrado en la persona y su “defecto”, obviando importantes aspectos sociales. Según Carlos Berinstain en culturas no occidentales, se concibe al mundo psíquico o al mundo interno de cada persona unido al mundo social *“En el pensamiento occidental, el concepto de individuo moldea el discurso político, cultural y médico, por lo que pone el énfasis en lo intra psíquico, en la causa interna de la enfermedad y en la terapia individual cliente-terapeuta. Sin embargo, en las culturas menos centradas en el individuo la dimensión intra psíquica no está aislada sino que se encuentra vinculada a los mundos espiritual y social. Las causas de los problemas mentales se atribuyen a fuerzas sobrenaturales o agentes sociales”* (Berinstain; 1997, p. 21).

Sobre una psicología liberadora al servicio de los oprimidos Baró afirma: *“No hay ni puede haber, una desalienación personal que no sea al mismo tiempo, social, ni es posible concebir una verdadera liberación interior que no entrañe una liberación exterior. A la psicología le toca también liberar de aquellas alienaciones procedentes de los vínculos sociales, romper aquellas relaciones de clase asimétricas donde el bienestar de los unos se funda en el sufrimiento de los otros, donde la afirmación de los pocos se alimenta de la negación de los muchos”* (Baró,

1989). En este sentido, si entendemos la discapacidad como una construcción social que crea una serie de barreras, el papel de la psicología sería entonces incidir para que se concreten cambios en el entorno de la persona, más que hacerla sujeto de “meritorios tratamientos” que a la larga no constituyen una liberación personal.

Lo planteado en el párrafo anterior implica el abandono de los paradigmas médico-terapéuticos que señalan que la superación de una condición de discapacidad será encontrada en el tratamiento individual y en la adquisición de destrezas funcionales. En este sentido la antipsiquiatría propone realizar un análisis micro y macro social de la situación o los fenómenos, de tal cuenta que a la par del acompañamiento individual se intervenga en lo colectivo, propiciando cambios en el entorno social. En este aspecto nos referimos al acompañamiento de las reivindicaciones, interpretación y develamiento de la realidad y las relaciones de poder, a la lucha por cambios en las relaciones y condiciones sociales, políticas y económicas.

#### **a.4. Replanteamiento de la relación de ayuda**

Todo proceso de “reconfiguración” o abandono de viejos esquemas es lento. Serge Moscovici acuñó el término “anclaje” para describir como las innovaciones son asimiladas por el pensamiento social a través de un proceso de reducción a los esquemas ya establecidos en dicho pensamiento (Ibáñez, 2001). De esta manera, el “anclaje” de nuevas perspectivas y enfoques en torno a la discapacidad dentro del ideario de la comunidad de psicolog@s, no se dará “de la noche a la mañana”, sobre todo mientras sean escasos los espacios críticos de reflexión y análisis y mientras se sigan tomando como válidos y aplicables los principios de la psicología hegemónica.

Consideramos importantes cinco tareas a realizar para replantear la relación de ayuda en el abordaje de la discapacidad: plantear las estrategias desde los intereses y necesidades de las mismas personas, buscar medidas terapéuticas de orden más liberador, someter a cuestionamiento la tradición teórica y práctica en psicología, mostrar disposición y apertura para conocer lo otro como una forma diferente de ser y desarrollarse, ampliar el campo de acción evitando enfocarse solamente en lo clínico.

## ***CAPITULO II***

---

## *Técnicas e instrumentos*

La fundamentación teórica de la investigación la proveyó la revisión bibliográfica de aquellos documentos que trataban el objeto de estudio del trabajo. Este análisis que se puede hacer desde los documentos sería limitado si no se relaciona o compara a la luz de la cotidianidad y la práctica real en Guatemala. Por lo que con el objetivo de contextualizar la información, darle veracidad y validez y a la vez contar con elementos de apoyo que surjan de la praxis, se realizó una serie de entrevistas y posteriormente el análisis del discurso de las mismas. Dichas entrevistas estaban dirigidas a sujetos relacionados con el campo de la atención de la discapacidad, en este caso psicólogos y psicólogas que laboran en instituciones que se relacionen de alguna manera con la discapacidad. Creemos que esto enriquece el proceso a la vez que no se pierde el carácter de investigación bibliográfica y descriptiva basada en un análisis del discurso, más bien fundamenta los argumentos desde un acercamiento a lo concreto. La selección de los y las sujetas participantes se basó en los siguientes parámetros:

### **a. Selección de la Muestra**

Psicólogos y psicólogas graduados, que laboren en instituciones de atención a la discapacidad. No se determinó un rango de edad específico sino que el único criterio de selección es el grado académico de licenciatura en psicología y el hecho de laborar en el campo de atención de la discapacidad.

Por haber sido esta una investigación de tipo cualitativo la muestra a tomar no fue muy extensa en cuanto a la cantidad de los participantes, esto lo fundamentamos a la luz de los principios de la metodología de la investigación cualitativa, bajo los siguientes criterios:

- ❖ El objetivo de la investigación era describir el contenido del lenguaje y el significado del discurso de los entrevistados.

- ❖ No se pretendía generalizar o universalizar los resultados obtenidos, sino extraer el máximo de riqueza interpretativa y descriptiva.
- ❖ Se pretendía profundizar en el análisis de un fenómeno específico (la influencia del enfoque médico-asistencial en el abordaje de la discapacidad).
- ❖ No se tenía como objetivo terminal proveer datos estadísticos.

## **b. Técnicas y procedimientos de trabajo**

### Revisión Bibliográfica:

Se emplearon diversas fuentes de documentación. En un primer momento se identificaron algunos trabajos teóricos y de análisis que se han producido en los últimos años sobre este tema en particular. Posteriormente se procedió a la lectura y síntesis de los elementos que más puedan aportar de cada bibliografía.

### Entrevistas con guía estructurada:

Esta herramienta fue usada con los y las psicólogas que laboran en las instituciones a visitar, con el objetivo de obtener información acerca de su percepción sobre los enfoques de abordaje de la discapacidad y las formas particulares de atención psicológica que emplean en su centro. Bajo un esquema delimitado de preguntas el entrevistador-investigador obtendrá de categorías de respuesta, de tal cuenta que las respuestas son abiertas por definición. Información específica (testimonio, gestos y actitudes) desde la misma fuente: el entrevistado. En este tipo de entrevista se formulan las preguntas sin un esquema fijo

## **c. Técnicas de interpretación de información**

### Análisis de contenido:

Se define como una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos y más concretamente, de los documentos escritos. “Se basa en la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de manera sistemática, objetiva, replicable y válida”. (Ruiz Olabuenaga, 1996). En este caso la lectura e interpretación se hará de un texto preparado previamente y orientado para el análisis (entrevistas transcritas). “La interpretación

conforme a los postulados del paradigma constructivista, entiende que es el propio investigador el que crea, a través de una serie de prácticas interpretadoras, los materiales y analiza, posteriormente, su evidencia”. (Ruiz Olabuenaga, 1996)

El análisis de contenido en su versión cualitativa, parte de un serie de presupuestos, según los cuales un texto cualquiera, equivale a un soporte dentro del cual, existe una serie de datos que:

- A. Tienen un sentido simbólico no siempre manifiesto.
- B. El sentido del texto puede ser diferente para lectores diferentes.
- C. Un texto puede tener un sentido del que el propio autor no sea conciente.

Del contenido de un texto se puede inferir información relativa a las características personales o sociales del autor del mensaje. A través de la lectura se extraen inferencias del texto a su contexto, de tal cuenta que la inferencia es un elemento central dentro del análisis de contenido, ya que a partir del texto se elaboran inferencias sobre el contexto del mismo.

Como ya se mencionó, el objetivo de esta investigación es determinar a través del lenguaje de los entrevistados, significados y concepciones que estos mantienen sobre la discapacidad. En cada discurso se esperaba encontrar términos que denotaran un enfoque teórico-práctico, el cual contaría con indicadores semánticos que la caracterizan. En este sentido, en los discursos con orientación médica se esperaba encontrar indicadores que signifiquen la deficiencia como un problema propio del individuo, donde se busca la normalización y adaptación del sujeto al medio; por otra parte, en los discursos con orientación social se esperaba encontrar indicadores que signifiquen una concepción más integral de la discapacidad.

El primer momento del trabajo de interpretación y análisis, lo constituyó la lectura de los textos (entrevistas transcritas), donde se identificaron ciertos indicadores semánticos los, cuales fueron agrupados en una matriz según la categoría a la que pertenecían. Tales indicadores permiten intuir o develar los significados ocultos o manifiestos en cada discurso. Con un panorama más o menos claro, donde ya se podía intuir de alguna manera el contenido del discurso, se procedió a la descripción e interpretación de cada entrevista, para finalmente, hacer una interpretación global y la presentación general de la información encontrada.

A continuación se muestra la matriz que contiene el detalle de los indicadores semánticos evidenciados en los discursos:

***Indicadores semánticos identificados***

**I.1 Categoría Conceptos**

PREGUNTAS	INDICADORES
Definición de la discapacidad.	Limitación a acceso, definición médica para dx., privación de recursos, mínimo de posibilidades. Limitación en la persona, limitación para realizar cosas. Dificultad sensorial, mental o motora. Limitación en el desarrollo.
¿Cómo persona que le significa?	Reto. Capacidad diferente, estimulación para la normalidad, búsqueda de vida normal-común, empatía, comprensión de vivencias, cambio de conductas para la aceptación, predominio de prejuicios. Mismos derechos. Desarrollo diferente, otras capacidades.
¿Obstáculos de las Personas con discapacidad?	baja autoestima, limitación autoimpuesta, desvalorización social=obstáculo en el desarrollo. Rechazo social, sociedad no preparada, propia familia, sobreprotección.

**I.2 Categoría Práctica**

PREGUNTAS	INDICADORES
¿Actividad o trabajo que realizan?	Enseñanza de conceptos: historia, generalidades de educación especial, estimulación temprana, retraso mental, tipologías, sensibilización a la carrera, escalas de desarrollo, como evaluar. Terapia de lenguaje, terapia de juego, psicoterapia: etapas de duelo, nivel emocional de padres y niños. Modificación conductual

*“Reflexiones críticas sobre la psicología y el abordaje de la discapacidad”*

PREGUNTAS	INDICADORES
<p>Continuación... ¿Actividad o trabajo que realizan?</p>	<p>Dx. trastornos emocionales, psicoterapia, dx. C.I., evaluación motora, desarrollo capacidades para adaptación, aceptación de discapacidad, orientación, creación de conductas, coordinación con psiquiatra. Impresiones clínicas e informes psicológicos. Estimulación áreas deficientes, evaluación diagnóstica, orientación a familia, tratamiento emocional familiar.</p>
<p>¿Métodos o técnicas empleadas?</p>	<p>Clases magistrales-participativas, anamnesis, entrevistas, técnicas de estimulación, test, escalas de desarrollo, reforzadores positivos y castigo. Psicometría, “tratamiento psicoterapéutico” individual y grupal, conocimiento de fármacos, terapia familiar, psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, modificadores conductuales, “razonamiento”. Métodos de relajación, terapia familiar. Modificadores conductuales, observación, terapia gestalt.</p>
<p>Enfoque o tendencia a seguir.</p>	<p>Integración (educación a padres, no conciencia institucional), corriente existencial (énfasis en el ser humano y en el valor de la persona). Rehabilitación-Integración (educación, trabajo con persona, rehabilitación para la integración social). Clínico, modelo psicológico (psicometrista). Ninguno específico, no de discapacidad, enfoques psicológicos, eclecticismo, diversidad enfoques. Centrado en la persona y la familia.</p>
<p>Aspectos a mejorar en el abordaje.</p>	<p>Trabajo con personal de la institución (sensibilización, capacitación), dignificación del ser humano, terapia centrada en la persona. Actualizar currículo, formación política, dx. dinámico, actualizaciones constantes. Comunicación a comunidad.</p>

### **I.3 Categoría Poder**

PREGUNTAS	INDICADORES
¿Empoderamiento, participación, apoyo comunitario?	Sensibilización a alumnos para la integración, educación familiar, participación activa padres, comunicación constante con maestros. Sesión con padres y familia, orientación y acompañamiento, apoyo a inserción laboral. Preparación para integración educativa o laboral, trabajo con la persona.
¿Limitaciones encontradas en la práctica?	Factores económicos, falta de voluntad, dirección dogmática, énfasis administración-beneficencia, trabajo profesional aislado, metodologías-filosofías cerradas, obligación para modificar conductas, concepción de psicología como restricción-control. Poca valoración de la psicología, desconocimiento del quehacer, limitación de funciones. Formación pobre, barreras sociales, rechazo familiar, poca importancia al fenómeno, exclusión de cualquier acción.

## ***CAPITULO III***

---

## Interpretación de resultados

### ANÁLISIS DE CONTENIDO EN LA CATEGORÍA CONCEPTOS

En este espacio se pretendía indagar en la gama de conceptos que los profesionales manejan alrededor del tema de discapacidad, así como lo que los mismos les significan. En este apartado inicial se empezaría a evidenciar el enfoque y modelo que sustenta la práctica de cada profesional, a través de las definiciones o explicaciones que hicieran de lo que conciben como discapacidad, como definen los obstáculos que hay para estas personas, etc.

#### *Definiciones y concepciones evidenciadas*

Se pueden evidenciar dos tipos de definiciones, la que implica una orientación social<sup>18</sup> y la implica orientaciones médicas.

En la primera (entiéndase, la conceptualización social de la discapacidad), se reconoce la influencia ambiental y social (percepción colectiva, imaginario social, tipo de relaciones sociales, etc.) como condicionantes de la discapacidad, en el sentido que se identifica una serie de actitudes y estereotipos culturales, así como un conjunto de limitaciones económicas, estructurales y de atención, que actúan como determinantes en la condición de discapacidad y que se constituyen como obstáculos en el desarrollo de las personas en condición de discapacidad. Estos profesionales definieron entonces la discapacidad como una limitación al acceso, una privación de recursos y posibilidades. Los profesionales reconocen la existencia de esta serie de estereotipos y prejuicios en la acción social hacia la discapacidad, pero pocos son conscientes de la presencia de estos mismos prejuicios en la acción profesional e institucional; solamente “ven la paja en el ojo ajeno” pero no reflexionan sobre como su propio quehacer tiene una fuerte carga prejuiciosa.

Por otra parte esta definición contiene matices dialécticos, cambiantes o “no excluyentes”, ya que la discapacidad es entendida como una condición a la que puede estar sujeta cualquier

---

<sup>18</sup> Este es un fenómeno que se evidenció en el transcurso del análisis. Las dos tendencias (médica y social) son obvias y marcadas en algunos de los discursos. En otros lo que se encontró es una mezcla de concepciones y terminología médica o social, un enfoque “híbrido” de concepción de la discapacidad.

persona, no específicamente un colectivo, *“tanto tu como yo tenemos alguna discapacidad”*  
*Entrevista No.8*

La segunda definición de discapacidad es la que se orienta hacia la perspectiva médica, ya que la discapacidad no es entendida como un producto de relaciones de poder, sino que es concebida desde una visión individualista, como un “defecto” o condición propia de la persona, minimizando la influencia del medio y de las relaciones sociales. Bajo esta concepción se orientan los modelos psicólogos, conductuales y de rehabilitación en discapacidad. Esto se evidenció al momento de pedirles que definieran lo que era la discapacidad, y respondieron que la discapacidad es “una limitación de la persona”, “una limitación en el desarrollo”, “un problema de la persona”, etc. Estos profesionales al definirla, no toman en cuenta ningún factor social, todo se centra en el sujeto y su “defecto”.

### ***Sobre la conciencia de los obstáculos sociales***

Sobre cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad, se mencionaron tres grandes obstáculos: un medio social injusto que tiende a desvalorizar a la persona, la sobreprotección familiar y las “propias limitaciones” de la persona (enfoque médico).

Con respecto al primero, por siglos se ha desvalorizado la diferencia y se han impuesto diversas limitantes para el desarrollo integral de las personas con discapacidad. Producto de esta desvalorización social, se crea un mito alrededor de la persona con discapacidad atribuyéndole características específicas (depresivos, inadaptados, etc.); características que de alguna u otra manera los mismos sujetos **podrían** introyectar o asimilar como verdaderas, constituyéndose en una limitación más para su desarrollo personal (la desvalorización personal). Es importante reflexionar sobre la medida y la forma en que ésta desvalorización social se mantiene en el imaginario colectivo profesional, ya que inevitablemente y ante la falta de sensibilidad y de formación teórica más actualizada, los prejuicios sociales o este mito construido alrededor de la discapacidad, permea la percepción y concepción profesional e influye en estas, creando de

antemano una imagen específica de lo que es la discapacidad.<sup>19</sup> Por ejemplo, en una entrevista se menciona que la mayoría de personas con discapacidad “manejan una baja autoestima” y que se “autolimitan” en muchos aspectos; de más esta mencionar lo erróneo de esta percepción que generaliza en la descripción de la subjetividad de las personas. A la larga esta percepción que ya poseen los psicólogos de lo que es la discapacidad, puede constituirse también en un obstáculo en su práctica y en el objetivo de procurar calidad de vida para las personas.

Otro obstáculo mencionado es la falta de apoyo familiar o bien la sobreprotección que la familia ejerce sobre el miembro con alguna deficiencia. Es importante reflexionar sobre el tipo de apoyo y respuesta que dan las familias. Dicha respuesta muchas veces es condicionada primero, por la percepción y actuar del profesional alrededor de la discapacidad y segundo, por el ambiente y políticas institucionales. Una de las profesionales ejemplificaba esta situación al mencionar que en una institución donde trabajó se manejaban “códigos” que definían lo “deseable o correcto” en el desarrollo y comportamiento de los niños; dichos códigos eran transmitidos a los padres quienes dirigían su trato hacia los niños según lo recomendado por el personal de la institución. De tal cuenta que la voluntad del niño o niña se anula y la relación natural entre padres e hijos es condicionada por las estrategias y metodologías dictadas por el profesional y las políticas institucionales.

La tercera limitante (las “propias limitaciones” de la persona) está en sintonía con la concepción individualista de la discapacidad, y claramente evidencia rasgos de la concepción médica. Esto en la medida en que se identifica como un obstáculo la dificultad para realizar determinadas actividades por padecer alguna deficiencia, *“La discapacidad es una limitante del ser humano, una limitante que no permite realizar muchas cosas” Entrevista 3.* Bajo esta línea individualista y centrada en la persona, la discapacidad en sí es un obstáculo, una condición que nunca podrá ser superada, una limitación propia del sujeto y su cuerpo. Al considerar que las personas con discapacidad tienen muchas limitaciones el término de referencia usado es la normalidad, ya que el funcionamiento no es el ideal o adecuado, y no se puede alcanzar el mismo nivel de

---

<sup>19</sup> Con relación a esto Martín Baró hace referencia al término “mito femenino”, para explicar el conjunto de significados sociales que se han construido alrededor de la mujer, atribuyéndole características específicas (ternura, sumisión, etc.), lo cual no es necesariamente cierto o definitivo, pero que de alguna manera es asimilado por las mismas mujeres como verdadera parte de su naturaleza.

desempeño (intelectual, motriz, de actuación, etc.) que tiene la mayoría de personas, las personas “normales” de ese mismo rango de edad. La concepción de que la discapacidad es una forma diferente de desarrollo o que estas personas tienen otras capacidades distintas (esto es mencionado por varios profesionales), no tienen aquí cabida, ya que si en verdad se creyera esto no habría necesidad de comparar con lo normal o anhelar alcanzar un mejor nivel de desempeño. *“Nosotros los profesionales tenemos los conocimientos para hacer que esa capacidad diferente llegue casi al límite de la normalidad y sino a intentar que vivan con eso y poder adaptarse a una vida común” Entrevista 2*

Todos los profesionales coinciden en reconocer los derechos de las personas con discapacidad y están concientes de que los mismos son violentados por los prejuicios sociales vigentes. La pregunta es, si los psicólogos-as están concientes de este hecho ¿Qué hacen desde su práctica para denunciar y superar esta situación, al menos en la medida de sus posibilidades?o bien ¿Qué tanta conciencia se tiene sobre como desde la disciplina se violan los derechos de las personas?. El considerar que la psicología violenta algún derecho humano, podría resultar chocante para algún profesional ya que podría argumentar que en ningún momento se hace eso, sino más bien se trabaja por la persona. Pero no es necesario que una acción violenta <sup>20</sup>se realice abierta y directamente sobre la persona, las acciones pueden ser solapadas, estar cargadas de ideología que justifica la violencia o sus efectos pueden no ser directos sino que se evidencian con el tiempo. Por ejemplo, al momento de plantear un diagnóstico específico se puede estigmatizar la imagen de un niño o niña e influir negativamente en su proceso de integración escolar, favoreciendo el hecho de que le sea negado el derecho a la educación. Son muchas las maneras en que desde nuestra disciplina se pueden violentar los derechos humanos, que como profesionales se tome conciencia de esto es todo un reto, un hecho pendiente y urgente para reflexionar como colectivo profesional.

Un dato importante para reflexionar es que solamente tres de los profesionales entrevistados criticaron a las instituciones que atienden discapacidad y se mostraron indignados por el tipo de abordaje que se realiza en algunas de ellas, el cual llegan a considerar un obstáculo en el

---

<sup>20</sup> Al usar el término violencia no nos referimos al sentido común que se le da a esta palabra, entendida como agresión física, sino que nos referimos a un sentido más amplio que puede incluir al lenguaje, la ideología, actitudes y percepciones, etc. que encierran contenidos violentos.

desarrollo e integración de las personas con discapacidad. El resto de profesionales se limitaron a considerar como obstáculo a la sociedad, la familia y la “disfunción” propia de la persona, sin ninguna reflexión o mayor crítica para los centros que aglutinan y brindan servicios al colectivo, ni para ellos como personas involucradas.

## **II. ANÁLISIS DE CONTENIDO EN LA CATEGORÍA PRÁCTICA**

En este apartado se pretendía indagar sobre el tipo de acciones que los profesionales realizan, que métodos o instrumentos emplean, bajo que enfoquen guían su práctica y determinar según ellos, que limitaciones ha habido en el abordaje de la discapacidad y aspectos hay que mejorar.

### ***Funciones y actividades del psicólogo***

A pesar de que pareciera haber conciencia sobre las limitaciones que el sistema impone, se realiza muy poco trabajo social que impulse la participación activa y la integración de las personas con discapacidad. La mayor parte del trabajo tiene un corte clínico y está encaminado a la atención individual y a lo sumo, familiar. Este encierro en la esfera del sujeto no permite un abordaje integral, ya que las acciones van encaminadas a superar las propias limitaciones para que la persona intente integrarse y no se trabajan otros aspectos como el empoderamiento, comunicación y sensibilización social, etc.

Las funciones desempeñadas por los psicólogos-as dentro de las instituciones incluyen: Docencia y formación de recursos humanos que atenderán a personas con discapacidad, psicoterapia, evaluación y diagnóstico, cierto tipo de acompañamiento, estimulación temprana, terapia de juego, psicoterapia con padres: etapas de duelo, nivel emocional, modificación conductual: refuerzo y castigo, orientación a padres y maestros, diagnóstico de trastornos emocionales y otras deficiencias, diagnóstico de “coeficiente intelectual” evaluación motora, desarrollo de habilidades para adaptación, coordinación con psiquiatra para medicación, elaboración de informes psicológicos, psicoterapia con jóvenes: catarsis, insight, etc., escuela de padres, etc.

Entre las técnicas empleadas se mencionaron las clases magistrales-participativas (docencia), anamnesis, entrevistas, técnicas de estimulación, test, aplicación de escalas de desarrollo,

reforzadores positivos y castigo, psicometría, tratamiento psicoterapéutico, psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, métodos de relajación, terapia familiar, observación, terapia gestalt, danza terapia y expresión corporal, etc.

Por el tipo de funciones asignadas a los psicólogos-as dentro de las instituciones, así como por el tipo de métodos y técnicas empleadas, puede intuirse un predominio de los modelos conductuales y clínicos de la psicología tradicional, cuyos objetivos son observar, explicar, controlar y predecir la conducta. Tales objetivos parecieran que son los mismos que persiguen las actividades citadas anteriormente. En otro sentido, tales actividades tienen implícita una excesiva patologización de la vida cotidiana ya que ante las conductas inadecuadas del sujeto “deficiente” e “inadaptado” es necesario plantear un tratamiento que le devuelva la salud o lo acerque a lo normalmente aceptado. *“Mi trabajo es lo clínicamente emocional. Si uno de ellos empieza a mostrar problemas de conducta en el trabajo, a la primerita que le va a caer es a mí” Entrevista 3.* Según argumentos como este el psicólogo es entonces el encargado de la conducta, el que forma y mantiene conductas socialmente aceptables y adecuadas, la persona que vuelve lo patológico sano. En este punto es necesario aclarar que algunas personas aclaraban que eso era lo que les exigía la institución o la visión que tenían del o la psicóloga, hecho que ellos no compartían ya que consideraban que habían más aspectos a trabajar con la persona.

### ***¿Qué enfoque predomina?***

Este predominio de técnicas conductuales y clínicas nos lleva a reflexionar sobre los enfoques manifestados por los profesionales. Haciendo una lectura de los discursos se puede intuir una prevalencia de enfoques segregacionistas y modelos psicológicos (psicometristas) y clínicos. Fue interesante descubrir que la mayoría de profesionales entrevistados no tienen un posicionamiento claro o pueden definir con claridad el enfoque por el cual rigen su actuar. Se hacía necesario mencionarles y explicarles cuales son los modelos y enfoques específicos para el tema de discapacidad.

Al cuestionárseles sobre el tipo de enfoque que regía su práctica, la mayoría de profesionales mencionaban el enfoque de integración, el de rehabilitación y el existencial ya que creen en la persona como centro del trabajo. Estos argumentos resultan contradictorios, ya que a pesar de

que dicen estar a favor de la integración y de la dignificación del ser humano, en sus prácticas no se evidenció un trabajo por la reivindicación de los derechos humanos de las personas con discapacidad, ni que las mismas promuevan la autonomía y la liberación de las personas. Más bien parece ser que realizan un trabajo individual de poco impacto para la integración social, o que solamente cumplen con los requisitos exigidos por las instituciones (evaluar, diagnosticar, elaborar informes, modificar conductas). De más esta decir que las prácticas sostenidas favorecen el proteccionismo o asistencialismo institucional.

Podemos hablar entonces de un doble discurso, y un gran abismo entre lo que se piensa y lo que realmente se hace. El acomodamiento institucional, la falta de sentido crítico, una débil formación teórica, histórica y política lleva a los profesionales por dos caminos: el primero, repetir y perpetuar los modelos de abordaje exportados del extranjero vigentes aún en las cátedras universitarias e “incrustados” en el ideario profesional; y el segundo, acomodar el trabajo a los requerimientos institucionales antes que a las necesidades de las personas. *“El problema es que no se cumple con lo que los niños y los adolescentes necesitan, sino con lo que la institución y los padres requieren” Entrevista 8.*

En un sentido crítico, solamente una persona menciona no creer en ninguno de los enfoques, ni siquiera en el integración ya que consideraba que al hablar de integración ya mismo se denomina a las personas como diferentes a los que había que incluir, cuando ellos ya son parte de la sociedad (las personas con discapacidad). *Entrevista 8*

### ***Aspectos a mejorar en el abordaje***

Entre los aspectos a mejorar en el abordaje se reconoce la necesidad de actualizar los contenidos curriculares, ya que ven como obstáculo en su práctica la formación deficiente que recibieron en la universidad<sup>21</sup>, ya que mencionaron que en la carrera de psicología sobre el tema de discapacidad es muy poco lo que se enseña, y lo que se enseña va parcializado hacia los modelos clínicos. Mencionan aspectos puntuales a mejorar en el abordaje:

---

<sup>21</sup> Este comentario es una constante en las entrevistas

1. Dignificación de la personas con discapacidad: Plantear cualquier acción en colaboración con la persona y su familia. En palabras de uno de los entrevistados: *“Creo que con los niños es necesario encaminarlos o reencaminarlos en ese proceso de convertirse en personas, porque son tratados como no personas, les han quitado eso”*.
2. Evitar el “etiquetaje” y el uso excesivo de test diagnósticos: Con respecto al proceso discriminante de la etiquetación y clasificación se tiene cierta conciencia de que se ejerce una relación de poder al momento de clasificar y diferenciar la condición del otro. Una de las entrevistadas mencionaba *“El patrón que se ha dado es el uso del término para diferenciar y etiquetar, para hacer un concepto de persona que se manifiesta de manera diferente, pero al fin y al cabo todos somos diferentes” Entrevista 8*
3. Comunicación a la comunidad
4. Realización de diagnósticos más dinámicos que incluyan el análisis de factores y condicionantes sociales, evitando el énfasis en el diagnóstico clínico centrado en la persona, tal y como se ha hecho hasta ahora.
5. En la educación superior, actualización de los curriculums relacionados con discapacidad, de manera que se revisen los fundamentos teóricos sobre los cuales se sostiene el abordaje de la discapacidad, incluyendo ejes de análisis y reflexión histórica-política y ética.

### **III. ANÁLISIS DE CONTENIDO EN LA CATEGORÍA PODER**

En este espacio se pretendía indagar sobre medida en la que el sistema (entiéndase instituciones y sus prácticas) impone limitaciones tanto para la persona como para el trabajo profesional. También se buscaba conocer en que grado hay conciencia de los profesionales sobre las relaciones de poder que se manifiestan en el abordaje de la discapacidad.

Con respecto a la pregunta ¿hay algún trabajo de empoderamiento de la persona, de participación o apoyo comunitario? Se menciona que se pretende la participación activa de los padres y la

familia, se les orienta e informa, hay comunicación constante con los maestros, a la persona adulta se le acompaña en el proceso de inserción laboral y a los niños en el proceso de integración educativa, se les estimula la creatividad, la expresión y la libertad. Consideramos que este tipo de trabajo es necesario, pero hacen falta procesos de apoyo grupal que generen empoderamiento, identidad y cohesión del grupo y el colectivo. Y a pesar de que en los discursos de los profesionales se menciona con frecuencia los términos integración, participación, derechos, igualdad, etc., no expresan con claridad que impacto tenga la promoción de estos aspectos a través de su trabajo. Según la opinión crítica de algunos profesionales, resulta contradictorio que en algunas instituciones se tenga un discurso que reza integración e independencia cuando las acciones de trabajo a lo interno favorecen el estigma, la segregación y el asistencialismo. Por otra parte parece ser que la participación de las personas con discapacidad la limitan al rol pasivo del paciente, ya que se deben de adaptar a las metodologías planteadas por la institución y los profesionales, sin mayor capacidad de decisión sobre su desarrollo personal. Esto es marcado en el caso de los niños ya que su proceso educativo es decidido por los profesionales y a veces ni siquiera por su propia familia. Pareciera ser que los profesionales no logran concebir a la persona con discapacidad más allá del rol dependiente del paciente. Modificar estas ideas lograra la implementación de metodologías sociales que impulsen una mayor participación.

Al cuestionamiento sobre cuales son las limitaciones que las personas con discapacidad encuentran cuando son atendidas en las instituciones, las y los psicólogos mostraron dos tendencias en la explicación:

Primero, los profesionales que muestran cierta conciencia y criticidad sobre las limitaciones que las mismas instituciones plantean además de los obstáculos sociales ya existentes: manifiestan que hay una gran falta de voluntad institucional para actualizar las formas de abordaje o para abrirse a experiencias diferentes, esto se materializa como una dirección dogmática con demasiado énfasis en la administración y beneficencia, metodologías y filosofías cerradas y obsoletas y falta de coordinación a lo interno. Algunos se mostraban en desacuerdo con lo que la institución requería de su trabajo ya que consideraban que lo que se esperaba de ellos era que modificaran conductas y se mantuviera control sobre el comportamiento de los niños, niñas y

jóvenes. Consideraban además que en las instituciones se subestiman las capacidades de las personas en condición de discapacidad, esperan de ellas muy poco o hay incredulidad sobre lo que puedan hacer, por lo que condicionan y limitan las funciones de las y los psicólogos.

Segundo, los profesionales que no reconocieron las limitaciones impuestas por las instituciones, sino que reducen su explicación a que las limitaciones con las que se encuentran las personas en condición de discapacidad son solamente impuestas por la sociedad, mostrando poco o ningún sentido crítico hacia las organizaciones y hacia su propio trabajo. Algunos de ellos se quejaban del poco reconocimiento que se les da como profesionales tanto en las instituciones como fuera de ellas, e identificaban esto como un obstáculo en su trabajo. Éstos profesionales pensaron en términos de obstáculos para su persona, pero no reflexionaron sobre los obstáculos que ellos mismos pueden plantear en la relación con las personas en condición de discapacidad. El hecho de que la psicología sea poco valorada socialmente puede ser cierto, pero es necesario preguntarse que es lo que los psicólogos pueden ofrecer, más allá de la tradición conductista. Además se debe estar conciente de que el reconocimiento que anhelan no aparecerá por arte de magia, sino que se gana a través de la proyección social y el desarrollo teórico; y seguramente esto no lo encontrarán encerrados en las cuatro paredes de una clínica, inmersos en sus manuales diagnósticos, test e informes psicológicos.

#### **IV. ANÁLISIS CASO ESPECIAL**

Este apartado se refiere a la percepción que una persona que labora en una institución que atiende discapacidad tiene sobre el quehacer de la psicología. Consideramos que sería importante saber como ven el quehacer psicológico “desde afuera”, cual es la percepción que se tiene de un psicólogo o psicóloga y como se califica el trabajo que hace con las personas en condición de discapacidad. Como se pudo evidenciar en el análisis, los psicólogos son capaces de criticar a otros profesionales, a las instituciones y a la sociedad misma, pero no son capaces de revisar y criticar sus propias actuaciones. Por eso el hecho de que otra persona comente como “ve” el quehacer de un psicólogo resulta valioso e interesante. Hubiera sido importante incluir más casos de este tipo, así como el testimonio de familiares y de las mismas personas con discapacidad, aspectos que sería importante profundizar en otros trabajos de investigación.

### **Institución sin departamento de psicología**

En el proceso de concertación de las entrevistas, fue identificada una institución que atiende discapacidad y que no cuenta con departamento de Psicología. La institución atiende a una población muy diversa: niños con deficiencia intelectual en diferentes grados, autismo, síndrome de Down, deficiencias múltiples (deficiencia intelectual y ceguera o sordera), etc. La información fue facilitada por un trabajador de la institución, que labora como educador especial aunque tiene cierre de pensum de la licenciatura en psicología y se encuentra en trámites de graduación profesional. El hecho de que no hubiera psicólogo en la institución parecía interesante, por lo que se coordinó la entrevista con el trabajador, donde proporcionó valiosa información sobre la situación de la institución y sus reflexiones sobre él por que de la falta de departamento de psicología.

### **Crítica al trabajo del área de psicología**

Esta persona comentaba que como educadores tienen acceso a los expedientes de los niños<sup>22</sup>, donde se adjuntaban los informes que el área de psicología realizaba cuando existía. Mencionaba que los informes realizados eran pobres en estructura e información, ya que contenían solamente los datos del niño, una impresión diagnóstica y recomendaciones, todo esto resumido en una sola página. Refiere que no se encontraban evaluaciones u observaciones que sustentaran los diagnósticos los que a su criterio, parecían hechos “a la ligera”. Esta persona calificaba el trabajo de la psicóloga que los realizó como “mal hecho” y con cierta tendencia médica. Esta tendencia al trabajo clínico (diagnósticos, evaluaciones, informes) ha sido considerada como eje central del quehacer psicológico, situación que transmite y refuerza la vigencia del modelo médico.

### **¿Por qué la falta de un psicólogo-a en la institución?**

Con respecto a la falta del departamento de psicología, “la fuente” comentaba que el problema está relacionado con factores administrativos, ya que a la dirección no le interesa pagar por un psicólogo porque pareciera que les parece innecesario: *“pareciera ser que creen que si hay alguien que se las pueda medio-medio en psicología, órale, a él se le consulta. No les es*

---

<sup>22</sup> El informante usa el términos “niños” pero en la institución hay niñas, adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Por fines prácticos se usará este término, pero esto no implica que se desvalorice el uso del enfoque de género en la redacción.

*indispensable y, si fuera no lo pagarían”*. Al preguntarle por que creía que se daba esta situación, mencionó dos causas que a su criterio originan el problema:

**Primero**, respondió que posiblemente hay mucho desconocimiento sobre la necesidad del área y del tipo de trabajo que un psicólogo podría hacer dentro de la institución: *“Desconocen lo que podría hacer un psicólogo, hace poco se hicieron evaluaciones para una reestructura interna, cuando nosotros mencionábamos un test o algo de psicología, creían que uno se lo sacaba de la manga, de cierto modo creían que todo era nuevo, querían explorarlo todo, no sabían nada, como que no tiene ni idea de lo que se puede hacer. Tal vez esa mentalidad tienen, si a una persona “normal” le cuesta ir con el psicólogo, para que van a ir estas personas con discapacidad mental, creerán que los niños no piensan ni hacen nada, no es así, los niños si captan y sienten. La gente más sencilla si les da su lugar a los niños. “La administración no tiene ni idea de cómo son los niños, creerán que andan alucinando o en otro mundo”*.

**Segundo**, se le da mayor importancia al trabajo de los técnicos (educador especial, fisioterapeuta) que al trabajo que pudiera realizar un psicólogo: *“Los EE. los ayudan en el aprestamiento y la atención, pero esa cuestión de hacer sentir bien a la persona o darle un espacio digno, cosa que debiera hacer el psicólogo, nada que ver. Hacen tareitas y dibujitos, hacen ejercicios con la fisioterapeuta pero nada más”*.

### **Lo que podría hacer el departamento de psicología**

Con respecto al abordaje que la psicología podría y debiera realizar en la institución el informante identificaba dos acciones prioritarias: **Primero**, sensibilización y capacitación a todo el personal que labora en la institución (jardineros, niñeras, conserjes, administradores, etc.) especialmente a las niñeras y personal técnico: *“Habría que empezar a trabajar con las niñeras, con el personal, para que repercuta en los niños, porque no saben nada su papel es bien mediocre y limitado: bañan, quitan babas, dan de comer, nada más”*. Mencionaba que los conocimientos que el psicólogo pudiera transmitir repercutirían favorablemente directamente en el trato a los niños e indirectamente en su desarrollo y aprendizaje.

Manifestaba la existencia de maltrato y de relaciones inadecuadas por parte de las niñeras hacia los niños, en el sentido de que se les “chantajea” o manipula emocionalmente: “por ejemplo, dicen si no te portas bien, voy a querer más al fulanito” *“Ha habido cuestiones de maltrato, la PDH<sup>23</sup> visito recientemente y todos estaban muy asustados, las niñeras saben lo que sus compañeras hacen”*. Refirió que le han comentado el tipo de prácticas que realizan para castigar: golpes, pellizcos y jalones en los genitales, etc.

**Segundo:** con respecto al trabajo con los niños cree que las acciones a realizar por un psicólogo debieran encaminarse a plantear procesos de terapia centrada en la persona, para tratar los problemas emocionales ocasionados por el abandono o el alejamiento de los padres y por el ambiente o el tipo de relaciones que se viven en la institución (frustración, agresividad, tristeza, etc.). *“Creo que con los niños es necesario encaminarlos o reencaminarlos en ese proceso de convertirse en personas, porque son tratados como no-personas”*. *“Uno que tiene estudios de psicología trata de aplicarlo con los niños, aunque no sea esa la función o el papel. Los niños tienen mucho potencial, el trabajo es de años pero se puede hacer”*.

---

<sup>23</sup> Se refiere a la Procuraduría de Derechos Humanos

**Gráfica No.4 Hallazgos**

**Hallazgos**



Predomina un enfoque “híbrido” para explicar la discapacidad, una mezcla de principios médicos y sociales
Existen ciertos prejuicios sobre las personas con discapacidad, están cristalizados en el ideario profesional e influyen en la práctica, la cultura y el origen social condiciona la práctica
Hay cierta conciencia para la reivindicación de estas personas, pero hay un fuerte apego por los viejos modelos teórico-prácticos
Discapacidad es descrita en sentido negativo, como limitación del ser humano, se pone énfasis en la deficiencia (enfoque médico). Pocos la conciben como desarrollo diferente
Lo normal es tomado como término de referencia para el trabajo, hay una tendencia hacia el individualismo



El abordaje no es integral, se limita a la esfera personal y familiar. El trabajo tiene un corte clínico
Se persiguen los objetivos de la psicología tradicional norteamericana (predecir, modificar conducta)
Los abordajes “creativos” centrados en la persona se hacen sin el conocimiento de la dirección institucional
En la práctica prevalecen modelos conductistas, psicológicos y de rehabilitación y enfoques clínicos
El trabajo gira alrededor de plantear un tratamiento, la persona es considerada como paciente



La participación se da a lo interno de las instituciones o en actividades de otras instituciones, poca proyección a lo externo.
El rol de la persona se limita al de paciente o alumno/a.
Hay poco o ningún abordaje de tipo social o comunitario.
Se maneja un discurso de integración pero con pocas acciones para lograrla
Se señalan actitudes y prácticas de las instituciones que obstaculizan el quehacer de las y los psicólogos.
<b>Poca conciencia sobre obstáculos propios de la psicología<sup>24</sup></b>

<sup>24</sup> Esta necesidad de toma de conciencia sobre los aspectos alienantes de la misma disciplina, es un reto pendiente. Superando la “miopía teórica” y la “mediocridad presuntuosa” de algunos profesionales, talvez se logre humanizar nuestro quehacer.

## Conclusiones

- Muy pocos de los profesionales entrevistados rigen su actuar y se identifican con un enfoque específico que explique la discapacidad. La mayoría de ellos manejan un enfoque “híbrido”, una mezcla de aspectos médicos y sociales, ya que hay cierta conciencia de la necesidad de participación e inserción de las personas con discapacidad en la sociedad y también se reconoce el hecho de que sus derechos humanos muchas veces son violentados (la mayoría de veces), pero en el trabajo directo con ellos se mantienen los principios y técnicas de la psicología tradicional, (énfasis en la persona y su deficiencia, rehabilitación a lo individual, etc.). El enfoque “híbrido” puede ser también una mezcla de principios conductuales-médicos-sociales o psicólogos-médicos-sociales. Solamente en el discurso de una persona se evidenció una clara identificación con la explicación (enfoque) social de la discapacidad, y una apropiación de los principios por la dignificación y reivindicación de estas personas. Esto es una prueba de que si es posible romper los nexos con la teoría y práctica de la psicología dominante y abrirse hacia la búsqueda de prácticas que liberen y dignifiquen a la persona. Seguramente esta persona ha tenido experiencias formativas más enriquecedoras y en una línea o enfoque muy distinto al tradicional, por otra parte esta profesional posee una deficiencia específica, lo que le ha hecho concebir y explicar la discapacidad y las relaciones sociales desde una posición más crítica y conciente, ya que ella misma se ha visto afectada por la inequidad y prejuicios sociales. El resto de psicólogos nunca han vivido una situación de exclusión de este tipo, conocen lo que viven las personas en condición de discapacidad pero nunca lo han experimentado; esto influye en la sensibilidad y conciencia que se tenga sobre el problema, situación que los lleva a explicar y concebir la discapacidad según lo que les han enseñando o lo que han aprendido en la práctica, desde su posición de profesionales asumiéndose como “conocedores” y técnicos en el problema.
- Hay un mito sobre quien y como es la persona con discapacidad. De antemano se le atribuyen ciertas características subjetivas y comportamentales que se generalizan y son

aplicables a cualquier miembro del colectivo. Por ejemplo, se cree que tienen baja autoestima, son manipuladores, obstinados, etc. Estas percepciones podrían tener relación con los prejuicios que manejan los profesionales, prejuicios como los que maneja cualquier persona en la sociedad, y además, con la influencia que los manuales diagnósticos, sus estereotipos y cuadros patológicos ejercen sobre el ideario profesional. Y aunque en la formación profesional se trabaja de alguna manera el componente ético en relación al trato hacia las personas, en la práctica pareciera ser que se pierde la noción de algunas acciones éticas que protegen la dignidad de la persona, como por ejemplo: la discreción y responsabilidad al momento de diagnosticar o referirse a la condición de la persona, respetar la individualidad, evitar la generalización indiscriminada, etc. El factor “ética profesional” es un elemento pendiente de repensar en el trabajo de las y los psicólogos con personas con discapacidad.

- Al definir la discapacidad como una limitante y un obstáculo en el desarrollo personal, los profesionales dan demasiado énfasis al defecto o deficiencia enfocando el fenómeno desde una perspectiva individualista. De esto podemos intuir que hay poca comprensión hacia lo diferente, ya que la discapacidad no es vista como un desarrollo simplemente distinto (en términos de Vigotsky), sino que es vista como algo distinto pero en un sentido negativo, alejado de lo que es considerado normal y sano, además de que se obvia el análisis de factores sociales que condicionan y determinan la situación.
- La normalidad es el término de referencia, a través de las acciones se busca alcanzarla, y es la persona quien debe de cambiar para poder adaptarse a la sociedad y llevar una vida lo más normal posible, pero ¿se toman en cuenta los necesarios cambios sociales para la inserción? ¿los cambios estructurales para puedan llevar a esa vida “lo más normal posible”? ¿cuál es el papel que la sociedad debe jugar en este proceso de dignificación? Lo social es omitido de la práctica y todo gira alrededor de la rehabilitación o habilitación a nivel personal para alcanzar el nivel de desempeño adecuado. Este privilegio de lo normal responde a la formación teórica recibida, apegada y enfocada hacia lo clínico o médico y su diferenciación de lo sano y lo enfermo, enfoque implícito en los modelos psicólogos, conductuales y de rehabilitación. Además de esta influencia teórica

encaminada a privilegiar lo normal, es innegable el peso que la cultura (sistema de valores imperante, prejuicios, estereotipos, etc.) tiene en la conformación psíquica de cada profesional, hecho que de alguna u otra manera puede también estimular la búsqueda de la normalidad en el abordaje directo con las personas.

- Se identifican como obstáculos para el desarrollo de las personas en condición de discapacidad, el medio social injusto y el trato que reciben en la familia, pero no hay reflexión y crítica sobre como las medidas de abordaje psicológico pueden contribuir a limitar el desarrollo de estas personas. Y al referirnos de que la práctica de los psicólogos puede limitar el desarrollo de las personas, no se acusa de que los psicólogos lo hagan deliberada y conscientemente. Recordemos que las acciones o actitudes no siempre se muestran con conciencia o con una intención específica; y además de estar influenciado por nuestra subjetividad individual, nuestro accionar también es influenciado por la subjetividad colectiva y el bagaje cultural que se nos es transmitido desde niños. De tal cuenta que el accionar de un profesional cualquiera, es determinado por las creencias, los valores, los juicios, etc., que en su cultura y sociedad se elaboren y compartan. Inevitablemente somos constituidos por el medio en el que vivimos, positiva o negativamente. Así la práctica de un profesional puede constituirse en limitación para la otra persona, si se encuentra cargada de prejuicios o valores que pudieran catalogarse como negativos, obstaculizando o violentando el desarrollo del otro aunque el profesional no se de cuenta de este hecho.
- Podría decirse que los profesionales mantienen un doble discurso, una inconsistencia ideológica o bien un rompimiento entre pensamiento y acción. Consideran que las personas con discapacidad deben de integrarse en la sociedad y ejercer los mismos derechos que el resto de ciudadanos, pero con el tipo de prácticas realizadas dentro de las instituciones se perpetúa el proteccionismo institucional y la dependencia de la persona a los servicios y asistencia que allí se le brindan. Se habla entonces de integración e independencia, pero siempre bajo la protección de la institución y de la orientación de los profesionales que allí laboran.

- Ciertas acciones planteadas irresponsablemente en la práctica psicológica (informes psicológicos, diagnóstico, sugerencia de medicación, etc.) pueden afectar seria y negativamente la vida de la persona y justificar que en algún momento sus derechos humanos sean violentados.
- Los años de formación determinan en buena medida la práctica actual de los psicólogos-as, y de ellos depende la orientación que se le da al trabajo. La mayoría de actividades emprendidas por los psicólogos son de corte conductual y médico, apegadas a la psicología tradicional norteamericana. Los objetivos que persiguen las actividades y funciones de la mayoría los entrevistados se limitan a describir, diagnosticar, predecir, controlar y modificar la conducta.
- No se evidencian acciones de tipo social o colectivo para la toma de conciencia, empoderamiento e identificación colectiva, por ejemplo: Grupos de autoayuda o de reflexión, discusiones grupales entre las mismas personas y sus familias, investigación y generación de nuevos conocimientos, sensibilización y comunicación social, etc.
- Hay un evidente retraso teórico en cuanto a modelos interpretativos, técnicas de abordaje, normativas internacionales, etc., y es evidente la existencia de una cultura del tecnicismo y de la importación de modelos extranjeros. Comentan que se actualizan y leen constantemente, pero ¿bajo que línea, la médica y conductual? El hecho de recibir capacitaciones en las instituciones donde trabajan o bien buscarlas por su propia cuenta, puede calmar la conciencia de los profesionales sobre la necesidad de continuar su proceso de formación, pero en realidad el tipo de actualizaciones que se ofrecen constantemente en el medio guatemalteco no pueden ser consideradas realmente de calidad, primero, por lo trillado de los contenidos, segundo, por la falta de contextualización a la realidad guatemalteca, tercero, lo superficial y el exceso de técnicas simplistas que ofrecen. Pareciera ser que los cursos para formarse son escogidos por los profesionales, “como caigan” sin mayor reflexión o criticidad sobre lo adecuado de los contenidos del mismo, lo valido que pudiera ser, o lo bien fundamentado que está, que línea teórica sigue, etc. El objetivo pareciera ser acumular cantidad de diplomas, asistir a

seminarios y conferencias aunque solamente lleguemos a escuchar lo mismo de siempre. También es necesario reconocer que no hay en Guatemala, suficientes espacios de reflexión y formación (cursos, congresos, etc) que se orienten hacia la discusión de aspectos sociales, políticos y de derechos humanos relacionados con las personas con discapacidad. La actualización en estos aspectos no es considerada como una opción por muchos profesionales ya que se definen como psicólogos clínicos o educativos, y consideran que una formación de este tipo, no tiene relación con el trabajo que hacen ni con la tendencia teórica que les gusta y siguen, *“Primero me voy a definir, soy psicóloga clínica, lo mío es el trabajo emocional, lo clínicamente emocional” Entrevista 3*. Esta tendencia a centrarse a trabajar una sola esfera en la constitución de la persona, podría resultar no tan adecuado para el desarrollo de la misma persona y el profesional. Lo que se consigue al negarse a la apertura de formación y al conocimiento de lo social y político, es un abordaje limitado y parcializado hacia una tendencia única (lo médico o educativo) dejando afuera importantes aspectos que podrían ayudar a lograr un abordaje más integral que propicie la integración y dignificación de las personas con discapacidad.

- Hay un repliegue hacia lo institucional (sus políticas y filosofía) y poca criticidad hacia el abordaje que allí se realiza. Hay un doble discurso con respecto a lo que piensan (integración, independencia de la persona, etc.) y lo que realmente se hace en la práctica para lograrlo. Si se es crítico y se desea beneficiar a la persona, las innovaciones en el trabajo deben hacerse discretamente, a escondidas de la dirección institucional.
- Para iniciar un cambio positivo en el tipo de percepción y abordaje de la discapacidad es necesario abandonar o replantear ciertos paradigmas. Primero, replantear la concepción vigente de discapacidad entendida como la dificultad de realizar una actividad por causa de una deficiencia existente. Segundo, abandonar la asunción del poder por parte del profesional, en aras del respeto a la determinación y dignidad de la persona que solicita acompañamiento. Tercero, superar la concepción individualista de “tratamiento” como único medio para la rehabilitación o habilitación e inclusión social. Cuarto, replantear la relación de ayuda y las intervenciones “terapéuticas” psicológicas hacia la discapacidad, incluyendo modelos de abordaje de tipo social, a los cuales hasta el momento, no se les ha dado mayor relevancia, quinto, darle mayor énfasis a los procesos

de concienciación y sensibilización dentro de la misma psicología, a manera de modificar los valores y prejuicios culturales que podrían afectar la práctica. Esta sensibilización sobre los derechos humanos y el replanteamiento de lo ético son a futuro, una base fundamental para lograr los cambios de paradigmas en el abordaje de la discapacidad.

- En la educación superior es urgente una revisión del pensum de estudio y de los contenidos curriculares relacionados con discapacidad, de manera que sean actualizados y analizados y se incluyan dentro de los programas ejes de análisis y reflexión histórica-política y ética

## *Recomendaciones*

- Se hace necesario una reforma de los planes de estudio o guías curriculares de la carrera de psicología, ya que en las mismas no se incluye la temática específica de abordaje a la discapacidad, y lo poco que se incluye se transmite de manera escueta y con fuerte carga de los enfoques médicos y conductuales. En la escuela de Psicología, en las carreras que forman específicamente recursos humanos que trabajarán con personas con discapacidad (profesorado en educación especial, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y recreativa) es una prioridad que incluyan dentro de sus programas de estudio:
  - nuevas perspectivas y formas de abordaje de la discapacidad, análisis de experiencias y desarrollo teórico en otros países.
  - eje de reflexión y análisis histórico-político.
  - eje de ética, concienciación, y sensibilización sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad. Es importante que se impulsen procesos para la generación de actitudes inclusivas y de sensibilización, no encaminados hacia la generación de conmiseración o lástima. No es suficiente la sensibilización que se plantea ahora (visitas a instituciones, acercamiento con las personas) se debe ir más allá de la conmiseración y es necesario que estos cambios se desarrollen desde la misma universidad.
- En las instituciones que trabajan con discapacidad y promueven procesos académicos y de formación (congresos, seminarios, etc.), es necesario que se faciliten espacios de reflexión y dialogo en los que tanto las personas con discapacidad, profesionales y familiares puedan aprender de diferentes experiencias y reflexionar sobre las condiciones actuales del colectivo. En estos eventos es necesario que se tomen en cuenta el análisis y exposición de elementos sociales, nuevas tendencias y otros, a manera de superar lo caduco de los programas de estas actividades (hiper-actividad, estimulación temprana, autoestima, ¿niños índigo? etc.)
- Con respecto al tema de discapacidad, el campo es amplio para trabajar pero como ya se explico en el transcurso del trabajo, la psicología se ha limitado a realizar un trabajo clínico y conductista centrado únicamente en la persona. Se hace necesario que los-as psicólogos-as

amplíen sus horizontes de trabajo, incluyendo procesos de investigación, de acompañamiento, actividades terapéuticas y formativas grupales, etc. Pero sobre todo, lo más importante sería elaborar esos planes de la mano de las mismas personas en condición de discapacidad, aglutinadas en diferentes organizaciones. Esto para evitar cometer el error de que el profesional sea el que determina los procesos a seguir, sin tomar en cuenta a la persona.

- El planteamiento de las estrategias de intervención deberían darse junto **con** los individuos y **desde** sus intereses y necesidades. El movimiento de contrapsicología, expresa que la relación de ayuda se da en y para la libertad, no se trata “a” sino “con” las personas. Aquí podríamos incluir dos posibilidades de cambio: Primero, la posibilidad de ruptura con lo dado desde la “normalidad”, de tal cuenta que se renueven los componentes ideológicos y políticos que han guiado las acciones hasta ahora. Segundo, abrir la disciplina hacia la tolerancia de lo otro, lo diferente, hacia el intento de interpretar y conocer la perspectiva y experiencias de vida de los grupos a los que el sistema históricamente ha hecho ver como vulnerables. Nos referimos al replanteamiento de lo ontológico en la relación social y humana que se establece entre persona-psicólogo@-institución.
- Como una modificación a la relación tradicional de ayuda, es necesario tomar en cuenta el acompañamiento que se pueda dar a los procesos internos de los grupos, fomentando la identidad, la independencia y la cohesión grupal. Esto incluye la mediación para el auto conocimiento (sentido de vida, expresiones y vivencias, percepciones, etc.) y todos aquellos aspectos que los grupos consideren importantes para su desarrollo integral. A la disciplina le correspondería propiciar el conocimiento de la configuración particular de los diferentes grupos de personas con discapacidad, con el objetivo de acercarse a los significados, vivencias y percepciones propias de cada grupo.
- Se hace necesario buscar el desarrollo y la ejecución de medidas terapéuticas positivas y liberadoras. Las mismas debieran estar sujetas a la discreción de la persona, la familia o el colectivo, ya que como primeros interesados poseen el derecho de opinar y decidir sobre la pertinencia de un proceso de ayuda. Para Vigotsky no se puede hablar de terapia si primero no se han contemplado aspectos psicológicos y formativos para la integración social, al

respecto escribió: *“Si la cultura sensorial y la ortopedia psíquica se encuentran en los lugares prioritarios y los hábitos sociales y la orientación en el medio circundante en los últimos lugares de importancia, no nos hemos apartado ni un paso del sistema “clásico” de la pedagogía terapéutica, con su hospitalización del enfermo, con su atención escrupulosa a las mínimas manifestaciones de enfermedad, con su seguridad ingenua de que la psique se puede desarrollar , curar, armoniza, etc., con medidas terapéuticas , al margen del desarrollo general de los hábitos para la conducta social”* (Vigotsky, 1998; p.49). Para él es clara la prioridad del desarrollo psíquico a través de lo social, las medidas terapéuticas netamente médicas pasan a un segundo plano, donde son importantes pero no prioritarias ni son el eje central del trabajo. Consideramos que en el trabajo con grupos en riesgo, la relación de ayuda no se limita al trabajo interno (con la persona), sino que debe desplegarse hacia fuera, a la comunidad, con el objetivo de reivindicar y hacer valer los derechos, así como informar y formar a la comunidad. Junto a esto es necesario que se considere un campo de acción más amplio en la “relación de ayuda”<sup>25</sup>, evitando enfocarse solamente en el trabajo clínico y la reparación del defecto, sino extendiendo el abordaje hacia la orientación psicológica, la compensación de la discapacidad,<sup>26</sup> la orientación vocacional e inserción laboral, así como al acompañamiento psicosocial y el apoyo de las luchas reivindicativas. Vigotsky lo explicaba con mucha claridad: *“Toda la cuestión reside en que el educador tiene que ver no tanto con estos hechos biológicos, como con sus consecuencias sociales”*(1998; p50)

- Someter el bagaje teórico y la tradición de la psicología en el abordaje de la discapacidad a la “duda metódica”, en el sentido de Descartes de someter a cuestionamiento cualquier conocimiento antes de aceptarlo como verdadero, *“Y tuve firmemente por cierto que, por este medio, conseguiría dirigir mi vida mucho mejor que si me contentase con edificar sobre cimientos viejos y me apoyase solamente en los principios que había aprendido siendo joven, sin haber examinado nunca si eran o no verdaderos”* (Descartes, 2001). Hablamos

---

<sup>25</sup> Usamos este término para darle un nombre al encuentro de dos personas en una relación humana específica (profesional-persona en condición de discapacidad). En ningún momento significa que se considere a la persona como necesitada de ayuda o al profesional como “salvador”.

<sup>26</sup> En los términos de Vigotsky de no centrarse en la función dañada, sino buscar la fortaleza en otras capacidades y cualidades intactas.

entonces del hecho de considerar el deshacerse de los “grilletes teóricos” que coartan el verdadero trabajo liberador.

En resumidas cuentas, consideramos que es muy necesaria una <sup>(1)</sup> redefinición del papel y las funciones del psicólogo en el trato con las personas en condición de discapacidad, y no solamente con este colectivo sino con cualquier grupo en condiciones de riesgo. Hablamos de una <sup>(2)</sup> re-conceptualización de la relación humana entre profesional y persona, basándose en los principios de ética, solidaridad, igualdad, servicio y justicia social. De tal cuenta que más que tratar a un paciente o más que posicionarse desde una perspectiva de profesional-cliente, logremos solidarizándonos con nuestro prójimo, el otro que sufre, a quien el sistema a excluido, ignorado y desatendido por años, poniendo el aporte psicológico al servicio de las necesidades e intereses del grupo. De igual manera consideramos fundamental la <sup>(3)</sup> reflexión sobre las formas tradicionales de hacer psicología, considerando la inclusión de aspectos sociales, políticos, históricos y culturales; esto para renovar el quehacer y <sup>(4)</sup> buscar nuevas formas terapéuticas que contribuyan, como diría Martín Baró, a la liberación de las mayorías oprimidas.

## *Resumen*

El bagaje teórico y práctico de la psicología, desde sus inicios ha estado fuertemente influenciado por la tradición médica y por las corrientes conductistas americanas. Esto es visible al revisar los contenidos curriculares de la carrera de psicología, mismos que forman para el diagnóstico, la clasificación, la realización de informes, predecir y modificar la conducta o las cogniciones, etc. La poca renovación de estos contenidos permite que continúen vigentes en el ideario profesional, ciertas concepciones y tendencias prácticas con orientación hacia lo médico que en mayor o menor medida, favorecen que el sistema y los profesionales mismos estigmaticen y limiten el desarrollo de las personas con discapacidad. En el abordaje de la discapacidad esto se ha materializado en una práctica orientada hacia la evaluación, descripción y diagnóstico de la discapacidades, para después plantear un tratamiento correctivo de la conducta y el pensamiento, así como de medidas encaminadas a la rehabilitación o habilitación de capacidades. Estos aspectos relacionados con la formación de nuevas capacidades y destrezas para la independencia e inserción social es necesario que sean fomentadas, pero el problema radica en que se le da demasiada importancia al trabajo de la esfera individual de la persona, obviando elementos de carácter social y colectivo que son necesarios trabajar con las personas en condición de discapacidad. Aspectos como la identidad y cohesión grupal, el empoderamiento, procesos de reflexión, etc., pareciera que no son tomados en cuenta en la práctica de muchos profesionales; la tendencia va encaminada a creer en el derecho de la integración y proveer a las personas de orientación y formar capacidades para que puedan desenvolverse en sociedad, pero sin abordar el fenómeno desde tendencias más sociales o políticas. El trabajo del psicólogo es individualista, la relación de ayuda es de profesional a paciente, con orientación a lo clínico, reconociendo la importancia y el derecho de las personas con discapacidad de ser integrados socialmente, pero con pocos esfuerzos por la reivindicación y defensa de los derechos humanos.

En cuanto a la presencia del enfoque social de la discapacidad en el discurso de los profesionales, son pocos los que manifiestan que conocen, creen e intentar aplicar en su trabajo los principios y valores de los enfoques sociales e integracionistas de la discapacidad.

**Anexo.1 Situación Actual de la Discapacidad en Guatemala**

En 1974 la Organización Mundial de la Salud, estimaba que en Guatemala un 17% de la población padecía algún tipo de discapacidad. Datos más conservadores estiman que es el 10%. De acuerdo al último censo poblacional, habría en el país entre un millón doscientas mil un millón novecientas mil personas con algún tipo de discapacidad entre los 15 y 19 años.

La mayor causa de discapacidad en países en desarrollo como Guatemala, está asociada a condiciones de pobreza y falta de acceso a la atención primaria y servicios de salud pre-peri y post natales. A estas causas le siguen los accidentes. En la medida en la cual se pueda generar mayor cobertura y mejorar la calidad de los servicios, se podrían eliminar causas prevenibles desde los servicios sanitarios.

Es importante reconocer que existen problemas significativos para el desarrollo integral de las personas con discapacidad en el país. Hoy en día se hacen esfuerzos para integrar a las personas con discapacidad al sistema educativo regular, sin embargo, no se cuentan aún con las condiciones institucionales, físicas y de recursos humanos necesarias para tal efecto.

*Vida laboral*

Las dificultades en la educación formal hacen que las condiciones para optar a empleo sean difíciles para las personas con discapacidad. Por otra los prejuicios de los empleadores limitan también la contratación, y ante la falta de legislación en el tema, los apoyos son casi nulos.

*Acceso y movilidad*

La infraestructura en el país, de manera general, no incluye diseños de accesibilidad como requisito. El acceso a los servicios debiera verse como la posibilidad de que los mismos

fueran usados en igualdad de oportunidades. Los problemas de movilización y acceso constituyen un obstáculo para el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos.

#### *Servicios y atención*

En 1994, en investigación realizada por Samayoa y Thomas, se reportan 70 instituciones que brindan servicios de educación especial en Guatemala a aproximadamente 5500 personas. Los servicios disponibles, según el tipo de discapacidad son: deficiencia mental 32 %, problemas de aprendizaje 20%, problemas de lenguaje 18%, trastornos motores 17%, problemas sensoriales 13%, discapacidades múltiples 3%. (Arce; 1996, p.29,30). En dicho estudio se concluye que no es posible valorar la pertinencia de los servicios de una manera confiable, ya que el 70% de las instituciones encuestadas carecen de objetivos generales bien definidos. Además de que no cuentan con un control eficiente de los resultados de los programas y servicios prestados. “Si la educación general está pasando por una crisis que la hace ser ineficaz e ineficiente tanto en cobertura como en calidad de los servicios que brinda, la educación especial se encuentra en peores condiciones en tanto a la cobertura que alcanza y la calidad de sus servicios. Es urgente por lo tanto, emprender acciones que permitan mejorar la situación de la educación especial en Guatemala”. (idem)

#### *La formación profesional*

“Técnicamente, el desarrollo de la educación especial en Guatemala ha sido azaroso, ya que el nivel de formación académica del personal a cargo de la implementación de los programas fue inicialmente de tipo empírico. Básicamente la mayoría del personal que ha atendido el área de discapacidades intelectuales o de aprendizaje, continuaba siendo empírico, a diferencia del personal de las áreas de limitaciones sensoriales y neuro-músculo-esqueléticas, quienes contaban con una preparación más especializada. Otro aspecto del problema en la formación del recurso humano en educación especial lo constituye la poca preparación en el área administrativa que se proporciona a los estudiantes”. (idem)

Anexo 2. Guía para la entrevista

*Guía de Entrevista*

Categoría Conceptos

1. ¿Cómo profesional como define la discapacidad? ¿Cómo persona, que le significa?
2. ¿Qué dificultades u obstáculos encuentra la persona con discapacidad en su desarrollo?

Categoría Práctica y Abordaje

1. ¿Cuál es la importancia del área de psicología dentro de la institución? ¿En que apoya o de que sirve la psicología dentro del trabajo institucional?
2. ¿Como psicólogo, que acciones realiza (funciones dentro de la institución, tareas específicas)? ¿Qué métodos, técnicas o herramientas emplea en el trabajo con las personas? ¿Con que otros profesionales se integra el trabajo?
3. ¿Qué actualizaciones o capacitaciones ha recibido últimamente?
4. ¿Cree que hay limitaciones en el trabajo que los psicólogos realizan en el campo de la discapacidad? ¿Cómo se podría enriquecer y mejorar la intervención?
5. ¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?
6. ¿Cuáles debieran ser los objetivos de trabajo de la psicología en la atención de personas con discapacidad, o bien, Hacia donde debiera encaminarse la práctica?

Categoría Poder

7. ¿Qué trascendencia tiene su trabajo en la vida de estas personas? ¿De que manera influye su quehacer?
8. ¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad?

9. ¿En su trabajo se contemplan aspectos como la integración, empoderamiento o apoyo comunitario, o se centra más bien en el trabajo con la persona?
10. ¿Hay alguna coordinación interinstitucional o proyecciones a lo externo?

*Guía de Entrevista Docente*

Conceptos

11. ¿Cómo profesional como define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?
12. ¿Qué dificultades u obstáculos encuentran las personas con discapacidad en su desarrollo?

Practica

13. ¿Cuáles debieran ser los objetivos de trabajo de la psicología en la atención de personas con discapacidad, o bien, Hacia donde debiera encaminarse la práctica?
14. ¿Qué temáticas se incluyen en el curriculo de sus alumnos? ¿Qué métodos o técnicas implican? ¿Qué otras experiencias formativas tienen?
15. ¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?
16. ¿Qué actualizaciones o capacitaciones ha recibido últimamente?

Poder

17. ¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad?
18. ¿En su trabajo se contemplan aspectos como la integración, empoderamiento o apoyo comunitario, o se centra más bien en el trabajo con la persona?
19. ¿Considera que la formación que se da desde la psicología es adecuada en cuanto al tema de discapacidad? ¿Cómo califica su trabajo en cuanto a contenidos, orientaciones, etc.?

Anexo 3. Entrevistas transcritas

**Entrevista 1.**

**1. ¿Cómo profesional como define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?**

“Es todo aquello que impide que una persona pueda tener acceso a todos los recursos que tienen las personas sin ningún impedimento físico, es decir, algunas personas poseen discapacidad física concretamente hablando, y otras su discapacidad no tiene nada físico sino que son aspectos puramente neurológicos, y a pesar de eso no tienen acceso a todo lo que una persona en términos de normalidad puede acceder. Si la definiera médicamente (la discapacidad) me serviría para dar un tratamiento o plantear un diagnóstico, al definirla socialmente me sirve para darle a la persona la oportunidad de integrarse a la sociedad en términos de integración, de que se incluya en lo que hace la sociedad, para mí es más importante”

“Un reto, un compromiso, toda la vida he enfocado la ayuda a las personas como algo que aunque es difícil de alcanzar, si hay posibilidades de lograr mucho en las personas, Una parte de mí se enfoca mucho en el uso de la tecnología, el mundo evoluciona muy rápido y las personas con discapacidad se ven privadas de estos recursos, es decir tienen lo mínimo en cuanto a posibilidades. Creo que lo más sorprendente que he visto es el tipo de prótesis que hay en el primer mundo, las posibilidades de integración de una persona con amputación de ambas piernas puede ser normal, puede competir con otra persona que no tuvo amputación, y en nuestro país siguen usando prótesis de palo, estamos pésimos en cuanto a la integración de la persona y la tecnología. A mí lo que más me interesa es el ayudar a la persona y el uso de la tecnología.

**¿Cuáles son sus objetivos de trabajo?**

“Tratar de formar educadores especiales, tengo a mi cargo el componente teórico y práctico de primer año de la carrera de educación especial. Me enfoco mucho en procesos donde los alumnos piensen y desarrollen habilidades, no tanto darles un contenido ni que se lo sepan de memoria, sino que trato de formar valores y actitudes. En lo que me he basado a través de los años, es en que mis alumnos hagan cosas novedosas y creativas, más de beneficio hacia la comunidad.

**¿Qué temáticas se incluyen en el currículo de sus alumnos**

“Conceptos generales de educación especial, un área de estimulación temprana, evaluación del niño y esto incluye la parte de elaboración de planes y programas para niños sanos y la última parte es retraso mental, las concepciones básicas y fundamentos teóricos para que el siguiente año en la parte práctica ellos tengan elementos para poder trabajar con los niños”.

**En la primera parte que usted menciona el de generalidades de la educación especial, ¿qué se incluye?**

“Principios generales de la carrera, historia, trato de encontrar cuáles son los distintos tipos de discapacidad, las distintas áreas de intervención que podemos tener como educadores. Trato de formar una actitud de servicio, que es lo que se va a seguir haciendo durante la carrera, aquí se incluyen visitas a instituciones que son de sensibilización hacia la carrera en sí, e inducir a los estudiantes a lo que va a ser posiblemente su profesión y que conozcan el tipo de población con la que van a trabajar.

**¿Qué métodos o técnicas implican? ¿Qué otras experiencias formativas tienen?**

Me baso en un enfoque cognitivo constructivista, uso muchos mapas conceptuales, herramientas para pensar de Bonno, técnicas en las que el alumno exprese lo que sabe, se agregan investigaciones y lecturas.

**Que métodos se les enseñan a los alumnos**

En el segundo módulo que habla de estimulación temprana, trato de enseñarles escalas de desarrollo, para que sepan distintas formas de evaluar al niño sano, al niño normal, yo incluyo otros tipos de pruebas, la figura humana todo lo que desarrollo Bender como parte de observaciones hacia niños sanos, son herramientas e instrumentos prácticos que aprenden desde primer año, este año a diferencia de otros, se ha relacionado los conocimientos teóricos con los de la práctica, cosas que se han dado como el aprendizaje de cómo hacer una anamnesis o una entrevista lo han realizado

también en la practica, va paralelo el contenido con la practica, traen esta historia clínica, la estudiamos y analizamos en clase y determinamos si aplican una prueba o escala de desarrollo y lo van a hacer a la Practica y lo vuelven a traer de regreso. Tal vez la parte donde se les puede enseñar habilidades en especifico es este modulo, el modulo de retraso mental es más teórico y el primer modulo es más de sensibilización, en este se enseñan estas habilidades generales.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Lo que más he estado manejando es el enfoque de integración, es decir la idea y el concepto de que las personas se deben de integrar, he tratado de pensar en el de inclusión, pero en nuestro país el de inclusión involucra que las instituciones tengan la conciencia de incorporar a las personas de una manera más normal pero eso no ha ocurrido y entonces sigue siendo el de integración, el crear conciencia en la sociedad, el enseñarle a los padres de que sus hijos puedan participar en cualquier actividad con sus hermanos, que el hecho de que esté en silla de ruedas no significa que no se pueda integrar a una actividad. Entonces me enfoque más en el principio de integración, es el que más me ha regido sobre cualquier cosa. Cuando atiendo pacientes y también cuando trabajo incluyo el enfoque existencial, las ideas de que lo que vale es el ser humano y la persona, es un principio universal, la persona vale por lo que es, no por que tenga esto o lo otro, y eso ayuda a que la persona se logre valorar.

**¿Cuáles debieran ser los objetivos de trabajo de la psicología en la atención de personas con discapacidad, o bien, Hacia donde debiera encaminarse la práctica?**

Nosotros que estamos en educación especial sabemos que hay suficiente sensibilización en nuestra carrera, sabemos que cualquier actividad tiene el objetivo sensibilizar a los alumnos y eso ha funcionado. Pero dentro de la psicología una parte muy grande hace falta de sensibilización y de manejo adecuado de las situaciones. Hay muchos psicólogos a los que a su clínica les van a llegar personas con cualquier tipo de deficiencia y no va saber como manejarlo, Hace falta una implementación teórica que fundamente en los psicólogos no solo la conciencia, sino también una fundamentación teórica que les indique como atender a una persona que tiene una discapacidad, en ocasiones no saben atenderlos y es cuando requieren a un educador especial, pero el psicólogo debiera tener una base de cómo atender la diversidad en si.

**¿Considera que la formación que se da desde la psicología es adecuada en cuanto al tema de discapacidad?**

Hay muchas lagunas, usted ve los programas (currículos) y creo que hasta cuarto año en psicopedagogía ven algo de discapacidad pero no lo ven como tal, y en quinto ven desarrollo patológico del niño, entonces es un enfoque médico no pedagógico, entonces los psicólogos no están muchas veces preparados para atender situaciones inesperadas en una escuela, les llega un niño ciego y no saben como manejarlo, debieran tener nociones de que hacer. La primera noción que debieran tener es el trato igualitario, que es necesario adaptar la clase al niño.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? Como cree que lo han manejado**

Creo que mucha gente ya trabajando afuera, no lo ha manejado de manera adecuada, han hecho acciones equivocadas. He sabido de psicólogos que han dicho este niño no es para acá, es ciego o sordo se tiene que ir a tal institución, cuando las nuevas tendencias son de que los niños deben participar en una clase regular: Los principios estan desde tiempo, pero los psicólogos no tienen ese conocimiento, entonces excluyen a los niños, los apartan. Un niño en silla de rueda, lo primero que debe hacer el psicólogo es procurar cambios en las instalaciones, pero no están en el enfoque de quererlo hacerlo ni han tenido la voluntad, piensan que el niño se tiene que ir, generalmente excluyen al niño.

**¿Cuándo menciona procurar, cree que debiera haber cierta formación política sobre el abordaje de la discapacidad?**

Debiera de haber, algo de lo que carecemos en nuestro país es visualizar la política como algo que debe funcionar, algo para procurar cambios en nuestra sociedad. Una vez alguien me dijo, haces política hasta cuando decís que no crees en la política, eso ya es una postura dentro del desarrollo de las actividades, el dilema es que todos enfocan lo

político como algo partidario, como algo de un momento y No se dan cuenta de que la política significa lograr que algo cambie donde yo estoy, basado en la lo que la sociedad quiere que cambie, entonces se autorizan leyes pero nadie las conoce, entonces si existe una ley que dice que los edificios deben modificarse para el libre acceso de las personas con o sin discapacidad, la misma formación del psicólogo esta ajena a eso, si se da cuenta aquí no hay ni una sola rampa para ingresar a este edificio, como llega un alumno de la escuela al cuarto nivel, Cargado por sus compañeros, eso es inhumano. La política no funciona la gente no asume lo que debe asumir en el momento que le corresponde, si la gente no lo sabe no lo defiende, creo que nos ha faltado esa visión de política como medio de hacer para lograr cambios. Esa es la concepción de política y discapacidad que mi criterio debiera incorporarse a nuestra formación, el defender los derechos de las personas.

**Puntualmente ¿qué aspectos tiene que mejorar la psicología, para un abordaje más adecuado de la discapacidad?**

Cuando se planteo la reestructura curricular en la escuela se planteaba que continuaríamos siendo psicólogos generales, pero yo creo que hace falta especializarnos en las áreas en las que nos vamos a desenvolver, enfatizar en que queremos ser expertos. Aquí se da todo tan general que ninguno tiene un área específica de acción. Pero creo que si desde la formación la gente especifica en que se quiere desempeñar, es posible que lo haga mejor. Creo que lo que hay que hacer es dedicarnos a especializar a las personas en ciertos contenidos, sensibilizar en ciertas áreas, porque eso va a lograr que se formen mejor. Los técnicos tienen un área específica y eso los hace trabajar bien, pero como psicólogos tantas variables no ayudan.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Creo que además de las limitaciones económicas, hace falta voluntad para hacer las cosas, es decir la parte política del hacer, creo que eso hace falta mucho. Aquí muchos psicólogos hacemos cosas que salen a la parte social de nuestro quehacer pero no es porque la parte directiva nos lo este demandando, sino que es por nuestro propio esfuerzo, los esfuerzos no son articulados, todos hacen cosas aisladas, ha faltado unificar los criterios y los esfuerzos, las políticas de servicio a la población hacen falta.

**Entrevista 2.**

**¿Cómo profesional como define la discapacidad?**

“Como una capacidad diferente, donde nosotros los profesionales tenemos los conocimientos para hacer que esa capacidad diferente llegue casi al limite de la normalidad y sino a intentar que vivan con eso y poderse adaptar a una vida común.”

**¿Cómo persona que le significa?**

Ahora lo miro como algo normal, la palabra esa ‘capacidad diferente’ creo que la adapte muy bien para ya no sentir lástima ni compasión o rabia con los papás. Hay que entender a la gente para poder ayudarla. Tal vez antes, cuando no era profesional lo miraba con un poco de lástima y sentimiento de pobrecito. Yo hice práctica en el Censeps y ahí me ayudaron a quitarme esos mantos oscuros de lo que es la discapacidad. Aunque allí trabajábamos con problemas de aprendizaje, no tanto con retraso mental. Hay discapacidades que digo que no podría trabajar, la parálisis cerebral aprendí a verla, pero trabajarla no se como tomaría a un paciente. Creo que debo aprender a manejarla.

Creo que durante la carrera uno cambia mucho, hasta la paciencia que hay que tener como profesional se aprende, porque al comienzo uno quiere ver resultados rápido, ahorita, y a veces el niño no está para hacer las cosas como un niño normal o como uno quisiera. La paciencia me ayudó mucho, la psicoterapia me ayudo a esperar a los niños y a los papás. Uno se contagia de la ansiedad de los papás y no debe ser así.

**¿Cuál es la actividad que usted realiza?**

Más que todo la terapia de lenguaje con sordos, intento trabajar bastante con el adiestramiento auditivo. Mi trabajo es difícil porque cada mes les doy la terapia a los chicos, me es tan difícil pero no pierdo la comunicación con los papás porque se que ellos me van a ayudar, no me gusta dejar tareas para la casa porque se que los papás no le van a ser concientemente, pero si lo estoy haciendo, le digo al papá que vimos que es lo que van a hacer en su casa.

Cuando regresan al mes y si veo que no ha funcionado, ahí estoy presionándolos para que trabajen, de unos papás he sentido el apoyo y de otros no. Vienen niños de todos los departamentos, de lugares que nunca había escuchado, pero ahí viene la pobre gente cada mes. Solo porque el comité les da una ayuda vienen a su tutoría, también hay un maestro que los visita una vez al mes. Con los maestros hablo cada viernes para ver que se puede hacer con el niño en la comunidad.

Con los papás me gusta trabajar las etapas de duelo, eso es bien importante porque si la familia no lo acepta, que atención le pueden dar. También el nivel emocional del mismo niño, porque hay niños que les es importante hablar, lo que necesitan es sacar esa agresividad. Yo como psicóloga eso es lo que veo primero, que tanto la familia como el niño estén bien emocionalmente para luego ya dar técnicas, pero como en un segundo momento.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Creo que ya no, antes costaba abrirse campo con los médicos más todo, al menos en el medio en el que yo me desenvuelvo, no hay problema.

(Con referencia a otro centro de atención a discapacidad donde trabajo) Ahí lo que querían de mi como psicóloga era que hiciera magia, que los niños estuviera cien por ciento bien, pero no había unidad de trabajo y había que hacer lo que la directora decía, si a mi se me ocurría algo diferente la directora no lo autorizaba. Creo que la directora era un factor fundamental que limitaba, yo quería ir a observar a los niños a la clase, que para mi como psicóloga en una institución es un paso fundamental, porque la maestra me podía decir mil cosas del niño, pero yo tenía que ver si no era el problema la misma maestra, pero la directora no permitía eso. Yo tampoco estaba de acuerdo con la filosofía del centro y no podía cambiarlo. “Usaba terapia de juego y creía que a los niños los tenían muy oprimidos por la metodología que se empleaba en la institución, era tedioso ver que hacía todos los días las mismas cosas. Claro los niños se dormían o les daban ganas de tirar la silla de estar viendo todos los días la misma cosa. Algunas cosas que creía que eran de beneficio para los papás tenía que trabajarlas a escondidas con ellos, porque a la institución no le parecían. Siento que las instituciones a veces son muy administrativas o de beneficencia “miren aquí tenemos a todos los sordos” y esta bien, pero ¿a que hora se habla de la vida del sordo, de la vida del niño?. Las sesiones eran para la tiendas o cosas así, pero para hablar todo el equipo sobre la vida del niño, nunca lo pude hacer. Creo que para trabajar la discapacidad en un niño tenemos que trabajar amarrados. Para mi debiera de haber una mesa de profesionales donde se hablara de la vida del niño, para que ver que vamos a hacer, pero cada quien trabaja por su lado. Donde estoy ahora puedo implementar más técnicas con los niños y comparto más activamente con los otros profesionales.

Donde trabaja antes pretendían que los niños no tuvieran problemas de conducta, que estuvieran tranquilos en la clase. Ese era el trabajo de la psicóloga, pero nada más que modificar conductas. Si el niño se portaba mal había que llevarlo a psicología yo los evaluaba pero no me daba abasto. Quería hablar con los papás y no daba tiempo, en media hora no se hace nada.

**¿Qué método técnicas emplea?**

Con sordos un método específico, nada. Hay uno que se llama fonemático que es más que todo del lenguaje y pronunciación, de repente si hay problemas de atención, hay cosas que yo puedo evaluar pero mejor si lo hace la psicóloga encargada. Yo manejo alguno test todos de lenguaje, a los niños menores de seis años una prueba de desarrollo.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Mencióneme algunos....A bueno, creo que me identifico con el enfoque de rehabilitación y el social, esos dos van de la mano porque se le rehabilita para que pueda actuar en la sociedad. Yo lo veo desde punto de vista, aunque sea en su pequeño mundo de su casa o su comunidad el niño debe de aprender a hablar a comportarse bien para poder ser aceptado y sentirse bien.

**¿Qué aspectos tiene que mejorar la psicología, para un abordaje más adecuado de la discapacidad?**

Creo que la formación que nos dan en la escuela es muy poquita, al menos así era en mi época. Cada uno se enriquece y se enseña por su propia cuenta, creo que hace falta actualización. En la carrera se centran en algunos temas en específico y de otros solo dan pinceladas y se quedan rezagados. Cuando fui docente yo quería darles más

técnicas a mis alumnos, porque creo que las evaluaciones que todavía se enseñan ya están algo viejitas. En la carrera uno estudia porque tiene el respaldo del docente, pero ya como profesional es algo diferente uno tiene que leer y aprender por su cuenta.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? Como cree que lo han manejado**

Creo que la ciencia ha cambiado mucho, ya no se tienen las mismas creencias de antes. El hecho de que la misma psicología se haya desglosado en áreas fue positivo. Así cada quien agarra su área y se dedica a lo que le gusta.

**¿Empoderamiento, participación o apoyo comunitario?**

En mi caso es muy poco difícil porque los niños solo llegan una vez al mes, pero yo trato de jalar a los papás y veo de que manera pueden ayudar a integrar a sus hijos.

**Entrevista 3.**

**1. ¿Cómo define la discapacidad?**

Es una limitante del ser humano, como ser humano tenemos capacidades, tenemos habilidades pero también tenemos limitantes, eso es lo que es la discapacidad, una limitante que no permite realizar muchas cosas.

**2. ¿Cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad?**

Creo que de una u otra manera hay una baja autoestima en las personas con discapacidad, no le dan el valor como ser humano y lo proyectan por la discapacidad a la sociedad, y la adaptación de ellos a la sociedad que sería el otro problema enfocado de las personas con discapacidad y la limitante que ellos mismos se ponen para la adaptación a la sociedad.

¿Cree entonces que ellos manejan una baja autoestima?

De una u otra manera es proyectada por la sociedad, porque hay una desvalorización del ser humano, desde que la sociedad define a la persona por la discapacidad que tiene y no por el potencial que tiene la persona en sí. Es allí donde a ellos se les dificulta el desarrollo y la adaptación a la sociedad y el problema se define en una colocación laboral. Al aceptar en la empresa a la persona lo monetario siempre es menor, siempre hay una discriminación.

**3. ¿Cuáles son sus objetivos de trabajo? ¿Cuál es el trabajo que usted realiza?**

Ayudar a las personas no videntes adultas en el proceso de duelo por la degeneración del ojo.

Primero me voy a definir, soy psicóloga clínica. Por lo general tengo que detectar el trastorno emocional que a la persona le está afectando. Dependiendo del estado emocional es la forma en que uno va a dar el tratamiento, yo diría la evaluación y el examen mental. Si ingresa a rehabilitación una persona, se le ven tres aspectos importantes para el dx. y el ingreso, se mira el CI, sus habilidades motoras finas y gruesas si la dificultad es con el... o si hay otra disfunción del organismo que hace que no funcione la... Se mira su aspecto verbal, como está, si necesita rehabilitación y al final otra evaluación de

egreso donde se coloca que aprendió, como lo aprendió, que se le facilita entre esta fase de rehabilitación los procesos mentales que el psicólogo tiene que contemplar, la aceptación de la ceguera, la adaptación a la ceguera y la integración. Si uno mira en la evaluación que hay otras disfunciones por decir así, del sistema nervioso, que no sean directamente por la pérdida de la función visual, si no que hay otras disfunciones cerebrales otras diríamos discapacidades, que no sean precisamente dadas por la ceguera y que necesitan al psiquiatra si así lo amerita. Tenemos otros especialistas que si no están acá, como lo que necesita una persona diabética, tenemos que referir el caso a la liga de la diabetes o la liga del corazón para que el paciente se mantenga estable durante el proceso de rehabilitación.

**¿Con que profesionales se relaciona?** Psiquiatra, neurólogo

**¿Su trabajo es entonces evaluación, diagnóstico de problemas emocionales?**

Si y el tratamiento psicoterapéutico individual y grupal dependiendo de las características de la persona, aparte que uno como clínico trabaja conjuntamente con el psiquiatra, si él va a dar medicamento, yo tengo que ver los efectos colaterales, como tratarlo con el medicamento y tratar que la ventana del efecto del medicamento no se vuelva una

costumbre, sino que dependiendo de la fortaleza de la persona para que vaya dejando los fármacos. También tengo que tener conocimientos del fármaco porque hay unos que se pueden cortar y otros no, tienen que cortarse paulatinamente, no se pueden quitar de la noche a la mañana. Tengo que saber bien todo lo de los medicamentos porque si no le hace efecto tengo que hablar con el psiquiatra.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Creo que hay una limitación a nivel nacional y es desde que yo entre a estudiar y es que al psicólogo, no se nos ha dado el valor que tenemos en la sociedad. Ahorita estamos tratando de salvar a la juventud de la drogadicción y hacen diversidad de foros y paneles, pero al que menos se le ve representado es al psicólogo. Creo si la sociedad está limitando uno automáticamente se esta limitando.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Si siempre le doy un enfoque clínico, utilizo lo que es la psicometría. Solo se utiliza la psicometría para ver su coordinación y su proceso de CI en el momento de la evaluación. El CI lo miro globalmente, lo tomo o lo dejo, porque si yo midiese solo el CI me daría un retraso mental, pero si yo lo veo con una dinámica global también me sirve la experiencia de la persona, su vida longitudinal que se toma en cuenta junto con el examen mental. Una pregunta que todos los psicólogos nos hacemos es cual terapia es la más adecuada ¿qué tanto se puede ayudar al paciente? Creo que un procedimiento terapéutico de una sola técnica no me es efectivo, tengo que utilizar terapia familiar, lo cognitivo o conductual, a veces el psicoanálisis es lo aceptable, pero que con un paciente llegue a usar una sola técnica no se da. Yo era psicoanalista pura pero uno se tiene que adaptar a lo conductual.

Cada paciente es una experiencia diferente y eso da la pauta a seguir, los adultos son conducta. Tengo que entender que esta sintiendo en un momento dado la persona, la no aceptación por lo que le pasó, que tanto sentimiento de culpa causa eso etc. O si es una enfermedad congénita se culpa entonces a la madre o al padre, ¿qué tengo que manejar entonces ahí? La conducta y el raciocinio. Tienen que razonar. Por otra parte hay que tomar en cuenta la cultura del paciente, porque tenemos pacientes del área rural que apenas hablan castellano y ni lo hablan ni lo entienden. Todos estos aspectos se tienen que tomar en cuenta y creo que todo esto se ve en el examen mental y ahí es cuando usted mira que es lo que más le conviene al alumno. Siempre nosotros vamos enfocados a la pérdida visual y a salvar el ojo. Las personas traen muchas dudas y hay que explicarles porque fue el proceso de la enfermedad o si es por diabetes la ceguera yo no le voy a devolver lo que ya perdió, pero si le voy a tratar de mantener lo que todavía tiene, ¿cómo lo haría usted? haciéndole pensar, pero ese depende del psicólogo.

**Cuales debieran ser los objetivos de la psicología al trabajar con personas con discapacidad?**

Desarrollar una gama de capacidades y de habilidades para que el paciente o el alumno se adapte a la sociedad. en un momento dado cuando trabajamos con personas con discapacidad el objetivo es darles el valor que tienen como personas.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? Como cree que lo han manejado**

Entre las críticas, creo que el test proyectivo y la psicometría no son suficientes. Hay una gran gama de test que no me los se todos, pero no creo que ahí se encuentre la respuesta. No necesito un test para saber que la persona está depresiva, no necesito que me lllore para ver que está triste. Uno se puede valer de otras cosas, la observación es una cosa maravillosa.

**¿Empoderamiento, apoyo comunitario?**

Se da una sesión con padres de familia para que vean que la deficiencia, que comprendan la deficiencia y para que sepan tratar a la persona con discapacidad. Aparte si me esta dando conflicto en sus relaciones interpersonales en la familia, entonces llamo individualmente a la familia y se plantea que papel deben jugar. No le puedo decir en cuanto tiempo lo voy a lograr, todo depende de cómo se de el proceso de terapia, en eso tiene que ver si en la familia hay rechazo.

Hay un departamento de TS que se encarga de la colocación laboral, ¿pero donde se deja la conducta? ¿quién se encarga de la conducta? Sale el proceso y la persona se va para colocación laboral, trabajo social encarga de ver que puesto, la orientadora le mira las capacidades y lo mío es lo emocional, clínicamente emocional, y sigo con ellos durante todo el proceso de colocación. Si nos dan conflicto por conducta a la primerita que le va a caer es a mi, pero como el ser humano es cambiante y evolutivo pues que hagan su cita y que vengan, que para eso estoy. Pero si se lleva un seguimiento.

Entrevista 4.

**¿Cómo define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?**

Como una persona que tiene dificultades ya sea en el área auditiva, visual, mental o motora.

Son personas que tienen limitaciones en alguna área de su desarrollo pero eso no implica que no sean personas como todas las demás con sentimientos y emociones.

**¿Cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad?**

En Guatemala, una persona aunque tenga un mínimo de discapacidad va a encontrar muchas dificultades. Empezando por que la sociedad primero no los acepta, la sociedad no está preparada para personas con minusvalía, personas en sillas de ruedas, para personas ciegas, inclusive las personas con deficiencia mental usualmente las rechazan.

**¿Cuáles son sus objetivos de trabajo? ¿Cuál es el trabajo que usted realiza? ¿Qué método técnicas emplea?**

Hacer a los niños y jóvenes con deficiencia mental, personas útiles para la sociedad, personas que sean capaces de desenvolverse en su vida diaria.

Trabajo con ellos y la familia, se estimulan sus áreas deficientes, si tienen algún tipo de trastornos o dificultad con los maestros, se trabaja esto para que el objetivo se lleve cabo.

Uso terapia de juego directiva y no directiva, métodos de relajación, modificación conductual y con los padres se trabaja terapia gestal, terapia familiar o simplemente orientación.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Verdaderamente si, si un psicólogo no cuenta con la formación y las herramientas necesarias difícilmente va a poder trabajar con una persona con discapacidad, a no ser que el psicólogo por su cuenta sea autodidacta, busque, lea y se instruya. Como dije anteriormente son muchas, las personas con cualquier tipo de discapacidad se encuentra con muchas barreras.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Pues realmente sobre discapacidad no. En si de buscar alguna tendencia particular al trabajar con los padres, trabajo gestalt al igual que con los niños se trabaja con los niños terapia de juego directiva y no directiva y la modificación conductual.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? ¿Qué aspectos hay que mejorar?**

Desde mi punto de vista realmente cuando yo estudie se miraba muy por encima, no se ahondaba en el tema, no daban mayores técnicas, se trataba la discapacidad muy por encima, como algo que existe pero no se le daban a uno realmente las herramientas necesarias. Creo que hay que ahondar más en el tema y brindarle al estudiante y al profesional, las herramientas necesarias para que el trabajo con estas personas sea al 100%

**¿Empoderamiento, apoyo comunitario o solo trabajo con la persona?**

Se trabajan las dos cosas, para nosotros es tan importante la integración como el trabajo con la persona. Hay que empezar con el trabajo con la persona, porque si no se trabaja con ella no va estar preparada para una integración optima dentro de la sociedad.

Entrevista 5.

**¿Cómo define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?**

Como profesional considero que la discapacidad es una limitación que va a tener el ser humano para realizar determinadas actividades Y como persona creo que la persona puede tener un tipo de limitación pero desarrolla otras habilidades que incluso las personas normales no podemos realizar.

**¿Cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad?**

Uno de los principales obstáculos con los que encuentran las personas con discapacidad para desarrollarse es que, incluso en la misma familia no se cree en la capacidad que este puede desarrollar y le limita entonces con la sobreprotección, que el pueda desenvolverse en actividades que si se le enseñan y que pueda hacerlas con facilidad.

**¿Cuáles son sus objetivos de trabajo? ¿Cuál es el trabajo que usted realiza? ¿Qué métodos técnicas emplea?**

Realizar una buena evaluación del niño para conocer sus habilidades y limitaciones y tener como partir para desarrollarle aquellas deficiencias que tiene apoyándonos en las capacidades que si tiene. Uno de los métodos usados en el trabajo con niños con discapacidad es la observación, para un tratamiento lo realizamos a través de modificadores de conducta, o el conductismo, y es que el niño específicamente con retraso mental es muy imitador entonces estas técnicas nos ayudan a apoyar lo en su realización.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

El trabajo con los niños no puede regirse por un enfoque específico, porque los niños son diferentes y por lo tanto no podemos ser rígidos en el tratamiento con ellos, tenemos que abordarlos de diferentes maneras para lograr el desarrollo que queremos en ellos.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? ¿Qué aspectos hay que mejorar?**

En algunos casos se ha centrado en la persona y en la familia, los aspectos que hay que mejorar es que la persona con discapacidad vive dentro de una comunidad, y esa comunidad necesita estar informada al respecto de la discapacidad y saber que si bien el niño o el joven presenta alguna limitación, hay muchas actividades que pueden realizar y en las que pueden participar y no por el hecho de que tenga alguna discapacidad le limiten en muchos aspectos de su vida.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Si la hay porque muchas veces dentro de las mismas familias hay rechazo hacia las personas con discapacidad y esto impide que el trabajo que pueda realizar con la persona no de los frutos que esperamos, porque dentro de la misma familia le estan poniendo obstáculos para que pueda realizarse.

En nuestra realidad, el sistema no le da importancia a lo que es la discapacidad, las personas con discapacidad están fuera de cualquier acción que pueda realizarse a favor de ello, ya que el gobierno o la misma sociedad no les dan la importancia que debieran, porque si bien es cierto presentan alguna limitación, son seres humanos y son parte de nuestra sociedad.

**¿Empoderamiento, apoyo comunitario o solo trabajo con la persona?**

Dentro del trabajo que realizamos, hemos tenido la oportunidad de trabajar con un grupo que esta tratando que la integración educativa de ellos sea una realidad, como siempre en los diferentes temas que son muy importantes, Guatemala siempre esta atras incluso de los países de Centro América, y hay temas de mucha importancia para lograr la integración, pero algo básico para lograr esta integración es el trabajo con la persona en sí y con su familia, para luego pasar a aspectos de integración tanto educativa como laboral, pero sobre todo es sumamente importante que existan una concientización en toda la sociedad, para que tengan muy claro que las personas con alguna discapacidad no son seres diferentes, sencillamente tienen alguna limitación, por lo tanto no se les puede excluir de las diferentes actividades que hay en la sociedad, y en lo cual tenemos que integrarlos porque son seres humanos como nosotros.

**Entrevista No. 6**

**¿Cómo define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?**

Puede tomarse desde varios distintos tipos de vista, implica todo discapacidad visual, auditiva, física, invalidez, allí si que hay sus pros y sus contras porque unas personas pueden salir adelante y otras no, se quedan en su casa.

En el país en que vivimos es una limitante muy grande porque por ejemplo, una persona sorda si ve televisión, los medios de comunicación no tienen interprete y las letras que pasan bajo no relatan lo que estan diciendo los comentaristas. A pesar de que hay leyes no se cumplen. En Guatemala hay muchos obstáculos. Vemos q rehabilitados trabajando de lo menos que eran o de lo que estudiaron.

**¿Cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad?**

Primero uno mismo, porque si es una persona que nació con la discapacidad, va a llegar a un momento donde se va a reprochar a sí mismo porque es diferente a los demás, porque no escucha o porque no ve. Aparte si se queda en un proceso de adolescencia o de vida adulta, es un proceso diferente, porque ya tenía una vida formada y tiene que empezar otra vez desde cero, con hábitos personales y todo y definitivamente influye mucho el apoyo de la familia.

**¿Cuáles son sus objetivos de trabajo? ¿Cuál es el trabajo que usted realiza? ¿Qué métodos técnicas emplea?**

Aquí es diverso porque trabajo con niños de estimulación temprana, personas adultas, padres de familia, definitivamente para un padre va a ser difícil aceptar la discapacidad de su hijo, entonces ahí sí que sepan como vivir con eso, pienso que ningún padre nunca va a aceptar que su hijo es diferente a los demás por la discapacidad, entonces que trate por lo menos de darle una vida con calidad, la única herencia que les pueden dejar es que sean independientes y que puedan valerse por sí mismos. Trabajo las dos discapacidades. Cada familia es un caso diferente, a veces no es la discapacidad del niño, sino que son los problemas familiares.

Con los niños se hacen evaluaciones para ver como están, para ver si a parte de su discapacidad sensorial tienen algo extra. Con adolescentes definitivamente autoestima, agresividad, comunicación entre padres e hijos, ahí sí que es similar como en toda familia. Se les aplican pruebas vocacionales. Se va viendo la necesidad, no le puedo decir se trabajo solo esto o esto, sino que son varias cosas. Me toca ir a visitar colegios, yo no voy a integrar, pero si por ejemplo si suscita algún problema con algún chico, me toca acompañar a la directora, a la maestra itinerante. Se trabaja psicoterapia como se trabajaría con cualquier persona.

Si es estimulación temprana se trabaja un test, todo lo que lleva la caja de gesel, solo que adaptado a niños discapacitados. Rara vez lo aplico porque para eso hay maestras de estimulación temprana, ellas me dicen “fíjate que este niño yo pienso que su discapacidad visual es secundaria a otro problema” entonces yo tengo que evaluarlo. Ya con los adolescentes se aplican otros test, las pruebas proyectivas menores, cuestionarios de logoterapia para los padres de familia. Se trabajan desgraciadamente instrumentos que no están estandarizados para personas con discapacidad, por ejemplo no le puedo pasar un Otis a un sordo porque no tiene comprensión, con un ciego tampoco lo puedo aplicar, uno tiene que estar viendo de donde saca para evaluar, con uno no vidente lo que utilizo más es que se exprese para ver donde están los focos del problema, porque pruebas definitivamente yo no le puedo aplicar y no hay pruebas que sean de la idiosincrasia guatemalteca y que llenen las necesidades de las personas con discapacidad. Es de estar viendo, es difícil, quizás sea muy subjetivo. A mí me es un poco difícil, me siento como en una encrucijada, que hago, por que no hay.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Yo me tiro más a la logoterapia, es lo que más me gusta, de lo que leo más, es lo que practico. Con algunos niños uso la terapia conductual, sobre todo con los más chiquitos. Una técnica específica no tengo, tengo que ir viendo las necesidades y los problemas de las personas, por que puede que no sea el niño el problema, sino el papá. A veces es muy complicado con los papás, y eso es lo frustrante de esta carrera, porque con un médico usted va y le dice “tómese eso y usted se cura” en cambio aquí es diferente porque primero la persona tiene que querer y solo con una vez que vengan no basta ni se acaban los problemas.

Y no soy tanto de la idea que los mediquen pero en unos casos es conveniente. De rehabilitación no hago nada, alguna otra discapacidad no puedo, porque no soy educadora especial, para eso uno tiene que tener una formación previa.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? ¿Qué aspectos hay que mejorar?**

Pienso que el problema viene desde que uno estudia psicología, porque le dan a uno tan poco es cierto que uno se tiene que autoformar, póngale yo entre en el 96 y en el primer año me mandaron a hacer practica a una escuela y la maestra me decía todos los problemas que había y a la larga yo no podía enfrentar esos problemas. Se implementaron muchas técnicas pero a la larga yo decía ¿para que le va a servir esto a los patojos? Para nada. Desde que uno entre a la escuela empieza el problema. Otra cosa es que se centran mucho en el psicoanálisis, claro que tiene fundamentos muy buenos, pero no es todo. Aparte los contenidos no se renuevan los contenidos y uno se va atrasando y atrasando y cuando uno sale y va realmente a la realidad ve que tiene una base pero no es suficiente ¿cómo hago esto?. A pesar de que uno estudia cinco años, al final dice ¿y como voy a poder trabajar? La formación ya está muy obsoleta. Los contenidos que enseñan allá no sirven para enfrentar la realidad, y en discapacidad es mucho mas, porque ¿en que momento me enseñaron sobre discapacidad? Nunca, nunca, los ee o tl. Tal vez pero a

## *“Reflexiones críticas sobre la psicología y el abordaje de la discapacidad”*

los psicólogos generales nunca, ni siquiera en psicología del niño, o psicología educativa, esas son limitantes grandes cuando uno quiere trabajar con discapacidad, porque no sabe de donde hay que arrancar o que se puede hacer.

### **¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

La psicología no ha sido aceptada aún en Guatemala, entonces la gente piensa, para que voy a ir con el psicólogo si no estoy loco y eso mucho mas en las comunidades, lo ven a uno como ¿qué me va a hacer usted? creo que aun hay un gran rechazo a la psicología, creo que hay mucha confusión con eso de los psiquiatras y los manicomios para los locos y aquí es diferente, es para que la gente hable, se exprese. Desde allí hay limitantes.

Creo que hay muy poco campo para aplicar la psicología, si abre una clínica, muy poco le va a llegar, no hay mucho campo, primero por el pensamiento, después la cultura, serían muchos obstáculos, pero creo que lo que más influye es la forma en que nos ven. Hasta los mismos médicos no respetan a la psicología.

### **¿Empoderamiento, apoyo comunitario o solo trabajo con la persona?**

No es solamente el trabajo con la persona, solamente el apoyo en los colegios, no salgo o se trabajo con la comunidad.

Entrevista. 7

### **¿Cómo define la discapacidad? ¿Cómo persona que le significa?**

Esta definida por los términos que ha dado cierto patrón, pero en si es una condición como la que todos tenemos, el término es discapacidad pero es una condición como cualquier otra, para mi no es discapacidad si no que es una condición o una capacidad diferente. El patrón que se ha dado es el uso del término para diferenciar y discriminar o etiquetar, para hacer un concepto de persona que se manifiesta de manera diferente, pero al fin y al cabo todos somos diferentes.

Para mi es un proceso de desarrollo diferente, nada más.

### **¿Cuáles son los obstáculos con los que se encuentran las personas con discapacidad?**

No tanto las dificultades en si por la deficiencia, sino el entorno social, ya que no se pueden manejar las condiciones que ellos están manifestando, y esto no le pasa solo a estas personas denominadas con discapacidad, nos pasa a todos. Cuesta adaptarse a un entorno incomprensible.

### **¿Cuáles son sus objetivos de trabajo? ¿Cuál es el trabajo que usted realiza? ¿Qué métodos técnicas emplea?**

Daba terapia, era la psicóloga de los jóvenes, se trabajaban los procesos propios de la psicología: catarsis, insight, todo eso, que se desahogara, que manifestara sus inquietudes sus sentimientos y pensamientos y llevarlos a generar las acciones que querían hacer, no las que los demás querían que ellos hicieran. Ahora el trabajo (en la universidad) es docencia, enseñarle a los jóvenes estos conceptos, enseñarles a tratar a las personas denominadas como discapacitados.

En el otro sitio, la técnica que usaba aparte de la terapia, era la danza terapia para estimular la expresión corporal porque en la vida uno hace una cosa, piensa otra y siente otra, y lo que se quería con estos patojos era conectar pensamientos y sentimientos y actuaran de esta manera. A traves de esta técnica de danza se permite creatividad y libertad para que hagan lo que quieren hacer y no lo que nuestro patrón o nuestro esquema le dice.

Esa institución no esperaba nada de mí, porque no esperaba nada de los jóvenes, el concepto que tenía la institución era que ellos ya tenían una condición de la que no iban a salir, tenían una discapacidad de la que no iban a salir. **¿Le exigen hacer evaluaciones?** No eso no me tocaba a mi, supuestamente había una comisión de evaluación psicopedagógica, las pruebas estaban super desactualizadas para jóvenes de 18 a 35 años. Usaban la figura humana para diagnosticar retraso mental, empecemos porque eran obsoletas, no dan un resultado verídico, y al no dar un resultado verídico no se puede plantear un tratamiento adecuado. **¿Trabajaba con papás?** Si se trabajaba un programa para padres y la biodanza, de esta manera hacia una comparación de cómo actuaban los niños y los papás y porque actuaban así, se hacia notorio o muy evidente las problemáticas que cada uno manejaban.

Ahora el trabajo es puramente teórico, se le enseñan los síndromes habidos y por haber, problemas de aprendizaje y conductuales, cual es su causa y origen, que es estimulación temprana y sus técnicas elaboración de material, lo básico. Se enseñan problemas de conducta, sordera, como enfrenta la familia la problemática, eso.

**¿Sus acciones y sobre todo sus conocimientos sobre discapacidad, están influenciados por algún enfoque específico, Sigue usted alguna tendencia particular?**

Y o me voy por la línea de psicología espiritual y la línea de terapia expresivas alternativas, porque he visto los cambios y creo que las personas tienen la necesidad de sentirse escuchadas, queridas, más que enseñarles a leer o escribir o cualquier otra cosa, ellos necesitan que se les escuche. Mi temática va dirigida a eso, el sensibilizar a los patojos que no es solo ir plantear un proceso de aprendizaje, sino a dar algo más, si los papás dejaron de creer si los maestros dejaron de creer, si la sociedad dejó de creer, ellos como educadores especiales no se pueden dar el lujo de dejar de creer.

No hablaría de enfoque de integración ni de un médico, hablaría tal vez de integración, pero al hablar de integración ya se les está denominando como diferentes, y ellos son parte de no son parte diferente, entonces ningún enfoque vale allí. Si vemos el enfoque de rehabilitación tampoco vale porque todos necesitamos rehabilitarnos de algo, de vida en un sentido médico, tanto como usted como yo necesitamos. El término integración excluye por que no se trata de integrarlos, se trata de que ya son parte del medio en el que nos desenvolvemos. Para mí el único enfoque que vale sería el de personalizar, cuando se les empieza a ver como personas va a ser otro rollo.

**¿Cómo cree que ha sido el abordaje que la psicología ha hecho en el campo de la discapacidad? ¿Qué aspectos hay que mejorar?**

La psicología es una ciencia relativamente nueva que empieza a encontrar sus ramas, de que se ha metido la pata se ha hecho, porque lo que ha hecho es etiquetar, te pone una etiqueta de sicótico neurótico, que ya no permita el acceso a otros contextos. El uso excesivo de test es malo, pero también si no se usan no se logra la “objetividad científica”. Creo que tiene que ser un equilibrio, centrándose en la persona, sin etiquetar. Lo que ha hecho la psicología, la ee, la medicina es ponerte la etiqueta grande y a partir de allí empieza el tratamiento y no es que sea malo, pero la etiqueta ya no se quita, ya no es don Julio o don Juan sino que es la persona con esquizofrenia o cáncer, que se yo.

**¿Que limitaciones impone el sistema para realizar un abordaje más adecuado?**

Empecamos por las bases teórica, por las concepciones y por lo que se enseña en la universidad, porque a partir de allí si se plantea un concepto de educación especial es porque hay personas que lo necesitan, ese tipo de abordamiento y atención, entonces al llegar a trabajar a un institución se parte desde punto de tratamiento y nos damos que no son las necesidades de los niños las que se atiende, sino las necesidades e intereses de las instituciones y siempre se olvida de la persona, para cumplir con los requerimientos del jefe. El problema es que no se cumple con lo que los niños los adolescentes necesitan sino con lo que la institución o los padres requieren.

Las técnicas han cambiado, las formas de abordamiento también y desde que se empieza la carrera se hace énfasis en la diferencia de estas personas, las necesidades especiales de estas personas, pero si hablamos de ne, tu y yo tenemos ne, entonces esa es una limitante, ya no la miro como a una persona, sino como persona diferente que necesita atención especial a la que mi técnica le tiene que funcionar. Esa es una limitante, el despersonalizar, si desde el comienzo se empezara con la idea de que voy a tratar a una persona como yo, como sus limitaciones así como yo las tengo sería algo diferente.

**¿Empoderamiento, apoyo comunitario o solo trabajo con la persona?**

Implicaba el compromiso de los profesionales pero el problema es que cada quien trabaja como cree que es lo correcto y aislado, no hay un momento donde se diga, “mi niño manifestó que ya no quiere esto”, pero la maestra o la terapeuta están con la idea de llegar un contenido. Si tenía que haber un compromiso de padres y profesionales, todo pero cada quien trabaja de forma individualizada sin tomar en cuenta a la persona. Ahí valía si el niño decía que quería tal cosa o que necesitaba algo, siempre había que cumplir un programa o un requisito.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **SISTEMA, GRUPO Y PODER, Psicología Social desde Centroamérica II**

Martín-Baró, Ignacio; UCA Editores, Primera Edición, El Salvador, 1989, 415 páginas

### **FUNDAMENTOS DE DEFECTOLOGIA: Obras Completas**

Vigotski, Lev S; Editorial Pueblo y Educación, Segunda Reimpresión, Tomo V, Cuba, 1997, 336 páginas

### **PSICOLOGIA SOCIAL DE LA LIBERACION: Compilación de artículos**

Jiménez Bernardo y Gerardo Pacheco, Universidad de Guadalajara, Primera edición, México, 2002

### **PSICOLOGIA SOCIAL CONSTRUCCIONISTA**

Ibáñez, Tomas, Universidad de Guadalajara, Segunda Edición, México, 2001, 265 páginas

### **HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA I Y II**

Foucault, Michael, Fondo de Cultura Económica, Quinta Edición, México, 1998, 720 páginas

### **EL NACIMIENTO DE LA CLINICA**

Foucault, Michael, Siglo Veintiuno de España, Décimo novena edición, España, 1999, 292 páginas

### **ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRIA Y LA PSICOLOGIA SOCIAL**

Gomezjara, Francisco, Ediciones Fontanamara, Primera edición corregida, México, 1989, 380 páginas.

### **ENSAYO SOBRE ASPECTOS CONCEPTUALES ENTORNO A LA DISCAPACIDAD**

Álvarez Alcántara, Enrique, Dirección de Educación Especial DF - México

Facultad de Psicología - Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México, 2003, en red:

[http://www.psycologia.com/articulos/jealcantara01\\_2.htm](http://www.psycologia.com/articulos/jealcantara01_2.htm)

### **HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD**

Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad

Verdugo, Alonso Angel y Jordan de Urríes (Coordinadores) Primera Edición. Ediciones Amaru.

Salamanca, España. 1999, 811 páginas

**ANTIPSIQUIATRIA**

Alfons, Joseph, Boletín de Contrapsicología y antipsiquiatría: El rayo que no cesa, España, 2001, en red:

[WWW.sindominio.net/versus/paginas/actividades/Textos\\_jor/text/contraps\\_antipsiq.htm](http://WWW.sindominio.net/versus/paginas/actividades/Textos_jor/text/contraps_antipsiq.htm)

**III JORNADAS NACIONALES DE UNIVERSIDAD Y DISCAPACIDAD “La construcción social de la normalidad” (Memorias de la actividad)**

Universidad de Entre Ríos, Argentina, 2004, en red:

[www.fts.uner.edu.ar/discap/jorn\\_discap/Informe%20Jornadas%202004%20Discapacidad.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/discap/jorn_discap/Informe%20Jornadas%202004%20Discapacidad.pdf)

**FRIDA KALHO, MUJER, IDEOLOGIA, ARTE**

Bartha, Eli, Fondo de Cultura Económica, México, 2003, p.150

**HISTORIA DE LA PSICOLOGIA**

Hothersall, David, Editorial McGraw Hill, Tercera edición, México, 1995, 613 páginas

**“INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGIA: Rumbos y Desafíos”**

González, Rey Fernando Luis; Internacional Thomson Editores, México, 2000, 123 páginas

**METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CUALITATIVA**

Ruiz Olabuenaga, Jose Ignacio, Editorial Artes Gráficas, Primera edición, España, 1996, 333 páginas

**ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA AYUDA HUMANITARIA**

Beristain, Carlos y Giorga Dona, Editorial Artes Gráficas, Primera edición, España, 1997

**DECLARACIÓN DE SALAMANCA: Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad**

[www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec\\_sal.htm](http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec_sal.htm)

**NORMAS UNIFORMES SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

[ito@un.org](mailto:ito@un.org)